

R. 45.534

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y EMPRESARIALES**  
**DEPARTAMENTO DE ECONOMIA FINANCIERA Y CONTABILIDAD III**  
**(ECONOMIA Y ADMINISTRACION FINANCIERA DE LA EMPRESA)**

T  
1.522

**ANALISIS DE LOS FLUJOS FINANCIEROS DE LAS  
SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR SALUD:  
UN ENFOQUE DE INTEGRACION**

TESIS DOCTORAL QUE PRESENTA: Javier ITURRIOZ DEL CAMPO  
DIRECTOR: Prof. Dr. Gustavo LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS

Pozuelo de Alarcón, MADRID, 1996

334.73

NC. X-53-247964-4  
NE.

# **Indice General.**

<b>1. INTRODUCCION.</b>	<b>1</b>
<b>2. FUNDAMENTOS Y ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD.</b>	<b>3</b>
2.1. CONCEPTO Y CARACTERISTICAS DE EMPRESA.	3
2.2. CONCEPTO Y CARACTERISTICAS DE LA SOCIEDAD COOPERATIVA.	4
2.2.1. <i>Evolución histórica de las sociedades cooperativas.</i>	5
2.2.2. <i>Los principios cooperativos.</i>	6
2.2.3. <i>Tipología de las sociedades cooperativas.</i>	8
2.3. LA EMPRESA EN EL SECTOR DE LA SALUD.	10
2.3.1. <i>Evolución histórica.</i>	10
2.3.1.1. La medicina y la asistencia sanitaria.	10
2.3.1.2. La actividad farmacéutica.	12
2.4. LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS EN EL SECTOR DE LA SALUD.	14
2.4.1. <i>Extensión multisectorial de las sociedades cooperativas del sector de la salud.</i>	14
2.4.2. <i>Evolución histórica de las sociedades cooperativas del sector de la salud.</i>	17
2.4.2.1. Evolución histórica de las cooperativas de asistencia sanitaria.	17
2.4.2.2. Evolución histórica de las cooperativas farmacéuticas.	20
<b>3. EL ENTORNO DE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS EN EL SECTOR DE LA SALUD.</b>	<b>24</b>
3.1. EL MARCO LEGAL.	24
3.1.1. <i>El marco legal general en el sector de la salud.</i>	25
3.1.1.1. Antecedentes legales.	25
3.1.1.2. Legislación vigente.	26
3.1.1.2.1. La Constitución de 1978.	26
3.1.1.2.2. La Ley General de Seguridad Social.	27
3.1.1.2.3. La Ley General de Sanidad.	28
3.1.2. <i>El marco legal específico de las sociedades cooperativas de salud.</i>	29
3.1.2.1. Antecedentes legales del cooperativismo de la salud.	29
3.1.2.1.1. Antecedentes legales para las cooperativas de asistencia sanitaria.	30
3.1.2.1.1.1. Antecedentes en la legislación general.	30
3.1.2.1.1.2. Antecedentes en la legislación autonómica.	32
3.1.2.1.2. Antecedentes legales para las cooperativas farmacéuticas.	33
3.1.2.1.2.1. Antecedentes en la legislación general.	33
3.1.2.1.2.2. Antecedentes en la legislación autonómica.	35
3.1.2.2. Las sociedades cooperativas del sector salud en la legislación vigente.	35
3.1.2.2.1. La sociedad cooperativa como persona jurídica.	35
3.1.2.2.1.1. Las sociedades cooperativas en la legislación estatal.	36
3.1.2.2.1.2. Las sociedades cooperativas en la legislación autonómica.	36
3.1.2.2.2. Legislación por la actividad de las sociedades cooperativas.	37
3.1.2.2.2.1. Actividad sanitaria.	37
3.1.2.2.2.2. Actividad farmacéutica.	40

3.2. EL MARCO INSTITUCIONAL .....	42
<b>3.2.1. Los sistemas de salud.</b> .....	42
3.2.1.1. El Estado del Bienestar en el sector de la salud. ....	43
3.2.1.2. El sector de la salud público y privado. ....	44
<b>3.2.2. Estructura del sector de la salud en España.</b> .....	45
3.2.2.1. Entidades privadas. ....	46
3.2.2.1.1. Entidades privadas que actúan fuera del sistema de Seguridad Social. ....	47
3.2.2.1.1.1. Entidades aseguradoras. ....	47
3.2.2.1.1.1.1. Las mutuas y mutualidades de asistencia sanitaria. ....	47
3.2.2.1.1.1.2. Sociedades mercantiles. ....	48
3.2.2.1.1.1.3. Sociedades cooperativas. ....	49
3.2.2.1.1.2. Entidades no aseguradoras. ....	50
3.2.2.1.2. Entidades colaboradoras con la Seguridad Social. ....	51
3.2.2.1.2.1. Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. ....	51
3.2.2.1.2.2. La empresa privada respecto a sus trabajadores. ....	52
3.2.2.2. Entidades públicas. ....	52
3.2.2.2.1. Actuación a través del sistema de Seguridad Social. ....	53
3.2.2.2.1.1. Los regímenes del sistema de Seguridad Social. ....	53
3.2.2.2.1.2. Instituciones gestoras del sistema de Seguridad Social. ....	54
3.2.2.2.2. Actuación de la Administración sanitaria a través de otras instituciones públicas. ....	56
3.2.2.2.3. La reforma del Sistema Nacional de Salud. ....	56
3.2.2.2.3.1. La nueva estructura. ....	57
3.2.2.2.3.1.1. La Administración Central del Estado. ....	57
3.2.2.2.3.1.2. La administración territorial. ....	58
3.2.2.2.3.2. La coordinación y planificación sanitaria. ....	62
3.2.2.2.3.3. Principales implicaciones sobre las sociedades cooperativas del sector de la salud. ....	63
3.3. EL MARCO SOCIO-ECONOMICO. ....	64
<b>3.3.1. Los socios.</b> .....	65
3.3.1.1. El socio usuario o cooperador. ....	66
3.3.1.1.1. Posibles socios usuarios de las sociedades cooperativas del sector de la salud. ....	66
3.3.1.1.2. Adquisición de la condición de socio usuario. ....	69
3.3.1.1.3. Relaciones internas socio-cooperativa. ....	69
3.3.1.1.3.1. Derechos. ....	69
3.3.1.1.3.2. Obligaciones. ....	70
3.3.1.1.3.3. La responsabilidad. ....	71
3.3.1.1.3.4. Régimen de Seguridad Social. ....	72
3.3.1.1.4. Extinción de la condición de socio. ....	73
3.3.1.2. Los socios trabajadores. ....	76
3.3.1.2.1. Particularidades con respecto a los socios usuarios. ....	77
3.3.1.3. Los socios de trabajo. ....	80
3.3.1.3.1. Particularidades con respecto a los socios trabajadores. ....	81
<b>3.3.2. Los asociados.</b> .....	82
3.3.2.1. Posibles asociados de una sociedad cooperativa. ....	83
3.3.2.2. Adquisición de la condición de asociado. ....	83
3.3.2.3. Relaciones internas asociado-cooperativa. ....	84
3.3.2.3.1. Derechos de los asociados. ....	84
3.3.2.3.2. Obligaciones de los asociados. ....	85
3.3.2.3.3. Responsabilidad de los asociados. ....	85
3.3.2.4. Extinción de la relación de asociado. ....	85
<b>3.3.3. Otras relaciones de la sociedad cooperativa.</b> .....	86
3.3.3.1. Trabajadores asalariados. ....	86
3.3.3.2. Operaciones con terceros. ....	87
3.3.3.3. El Letrado Asesor. ....	89
3.3.3.4. Los auditores externos. ....	90



<b>4. ANALISIS DE LOS FLUJOS EN LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD.</b>	<b>91</b>
4.1. LOS FLUJOS INFORMATIVO-DECISIONALES.	92
<b>4.1.1. La circulación de información.</b>	<b>92</b>
4.1.1.1. Los socios y el derecho a la información.	93
4.1.1.2. El coste de la información en las entidades del sector de la salud.	93
<b>4.1.2. La estructura de la toma de decisiones.</b>	<b>94</b>
4.1.2.1. Los órganos societarios.	95
4.1.2.1.1. La Asamblea General.	96
4.1.2.1.1.1. Concepto, clases y competencias.	96
4.1.2.1.1.2. Funcionamiento.	99
4.1.2.1.2. El Consejo Rector.	101
4.1.2.1.2.1. Concepto y competencias.	101
4.1.2.1.2.2. Funcionamiento.	101
4.1.2.1.3. Los Interventores.	102
4.1.2.1.4. El Comité de Recursos.	103
4.1.2.1.5. El Director.	104
4.1.2.1.6. Comisiones, Comités o Consejos.	104
4.1.2.2. La participación en la toma de decisiones en las sociedades cooperativas del sector de la salud.	105
4.2. LOS FLUJOS REALES.	106
<b>4.2.1. Prestación de servicios de salud y su situación actual.</b>	<b>107</b>
4.2.1.1. Prestaciones sanitarias.	108
4.2.1.1.1. Prestaciones extrahospitalarias o primarias.	108
4.2.1.1.2. Prestaciones hospitalarias.	109
4.2.1.3. Prestaciones farmacéuticas.	111
4.2.1.3.1. Las oficinas de farmacia abiertas al público.	113
4.2.1.3.2. Los servicios de farmacia de los hospitales y otras estructuras de atención a la salud.	113
4.2.1.3.3. Los botiquines.	116
<b>4.2.2. La asistencia sanitaria mediante sociedades cooperativas.</b>	<b>117</b>
4.2.2.1. Actividad empresarial y objeto social.	118
4.2.2.1.1. El seguro de asistencia sanitaria.	118
4.2.2.1.2. Proporcionar puestos de trabajo al personal sanitario y la producción de asistencia sanitaria.	120
4.2.2.1.3. La promoción, construcción, gestión y administración de instalaciones sanitarias.	121
4.2.2.2. El proceso productivo.	121
4.2.2.2.1. Funcionamiento y prestaciones de asistencia sanitaria.	122
4.2.2.2.1.1. Normas de funcionamiento básicas.	122
4.2.2.2.1.2. Prestación de asistencia sanitaria.	123
4.2.2.2.2. Elementos personales.	128
4.2.2.2.3. Prestaciones asistenciales.	129
4.2.2.2.4. Características de la asistencia sanitaria a través de sociedades cooperativas.	131
<b>4.2.3. La distribución farmacéutica mediante sociedades cooperativas.</b>	<b>134</b>
4.2.3.1. Actividad empresarial y objeto social.	136
4.2.3.2. El proceso productivo.	137
4.2.3.2.1. Naturaleza de los productos.	138
4.2.3.2.2. Garantía técnica.	140
4.2.3.2.3. Instalaciones y existencias.	140
4.2.3.3. Características de la distribución farmacéutica a través de sociedades cooperativas.	141
4.3. LOS FLUJOS ECONOMICO-FINANCIEROS.	143
<b>4.3.1. Modelos de financiación en el sector de la salud.</b>	<b>144</b>
4.3.1.1. Modelos de financiación privados.	145
4.3.1.2. Modelos de financiación públicos.	145
4.3.1.3. Sistemas de control del gasto en el sistema de salud.	148
<b>4.3.2. La formación del resultado económico.</b>	<b>150</b>
4.3.2.1. El resultado o excedente y sus clases.	150
4.3.2.2. La formación del excedente.	152
4.3.2.3. Distribución e imputación de excedentes.	153
4.3.2.3.1. Distribución de excedentes positivos.	153
4.3.2.3.1.1. La retribución a la actividad cooperativizada y el retorno cooperativo.	157
4.3.2.3.2. Imputación de excedentes negativos o pérdidas.	159

<b>4.3.3. La estructura financiera</b>	<b>161</b>
4.3.3.1. El capital social	161
4.3.3.1.1. La constitución del capital social	162
4.3.3.1.2. Naturaleza de las aportaciones al capital social	165
4.3.3.1.2.1. Aportaciones obligatorias	165
4.3.3.1.2.2. Aportaciones voluntarias	167
4.3.3.1.3. Actualización de aportaciones y regularización de balances	169
4.3.3.1.4. Transmisión de aportaciones	172
4.3.3.1.5. Reembolso de aportaciones a los socios y asociados	174
4.3.3.1.6. Los intereses del capital social	176
4.3.3.2. Recursos no integrantes del capital social	178
4.3.3.3. Los fondos cooperativos	179
4.3.3.3.1. Fondo de Reserva obligatorio (FRO)	180
4.3.3.3.2. Fondo de Educación y Promoción (FEP)	182
4.3.3.3.3. Fondo de Reserva Voluntario (FRV)	184
4.3.3.3.4. Fondo especial, regulado por la Asamblea General, para acumular el retorno de los socios (FERAG)	184
<b>4.3.4. Aspectos específicos en la estructura económico-financiera de las cooperativas de asistencia sanitaria</b>	<b>185</b>
4.3.4.1. Creación de fondos financieros	185
4.3.4.1.1. Provisiones Técnicas	186
4.3.4.1.2. Margen de Solvencia	188
4.3.4.1.3. Fondo de Garantía	190
4.3.4.2. La prima de seguros y el pago por acto profesional realizado	191
4.3.4.2.1. La prima de seguros	191
4.3.4.2.2. El pago por acto profesional realizado	194
<b>4.3.5. Aspectos específicos en la estructura económico-financiera de las sociedades cooperativas farmacéuticas</b>	<b>195</b>
4.3.5.1. En función de la actividad de distribución	195
4.3.5.2. En función de la condición de cooperativa	199
4.3.5.2.1. La reducción del margen de beneficio	199
4.3.5.2.2. Implicaciones económico-financieras de la igualdad de servicio	201
<b>4.3.6. La fiscalidad</b>	<b>202</b>
4.3.6.1. Aplicación del régimen fiscal como sociedades cooperativas	202
4.3.6.1.1. Clasificación a efectos fiscales de las sociedades cooperativas del sector de la salud	203
4.3.6.1.2. Beneficios fiscales	206
4.3.6.1.2.1. El impuesto sobre Sociedades	206
4.3.6.1.2.1.1. Base imponible	207
4.3.6.1.2.1.2. Tipo impositivo	210
4.3.6.1.2.1.3. Cálculo de la cuota íntegra y deducciones	211
4.3.6.1.2.2. Otros tributos	212
4.3.6.2. Aplicación del régimen fiscal en función de la actividad realizada	214
4.3.6.2.1. Particularidades de las cooperativas de asistencia sanitaria	214
4.3.6.2.2. Particularidades de las cooperativas de distribución farmacéutica	218
4.3.6.3. Implicaciones para los socios y asociados	220
<b>4.3.7. Aspectos económicos en la constitución de las sociedades cooperativas</b>	<b>222</b>
<b>5. LA INTEGRACION EN EL SECTOR DE LA SALUD</b>	<b>223</b>
5.1. LA CONCENTRACION ECONOMICO EMPRESARIAL	223
5.1.1. Causas	225
5.1.2. Consecuencias	226
5.1.2.1. Internas: la sinergia	227
5.1.2.2. Externas	227
5.1.3. Limitaciones a la concentración	228
5.1.4. Teorías sobre el crecimiento empresarial	229
5.1.4.1. El crecimiento basado en los desequilibrios internos	229
5.1.4.2. El crecimiento para la escuela del comportamiento	230
5.1.4.3. El crecimiento y su relación con el tamaño de la empresa	231

5.2. LOS PROCESOS DE CONCENTRACION EMPRESARIAL EN EL AMBITO DE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS	
DEL SECTOR DE LA SALUD. ....	233
<b>5.2.1. La intercooperación en las sociedades cooperativas.</b> .....	<b>234</b>
5.2.1.1. Finalidad de la integración cooperativa. ....	234
5.2.1.2. Consecuencias de la integración cooperativa. ....	235
5.2.1.3. Elementos básicos en el proceso de integración cooperativa. ....	236
5.2.1.3.1. Los directivos. ....	237
5.2.1.3.2. Las instituciones financieras cooperativas. ....	237
<b>5.2.2. La intercooperación en las sociedades cooperativas del sector de la salud.</b> ....	<b>238</b>
5.2.2.1. Relación entre las sociedades cooperativas del sector de la salud. ....	239
5.2.2.2. Objetivos de la integración en las sociedades cooperativas del sector de la salud. La integración económica y la representativa. ....	241
5.2.2.3. La formación de conglomerados cooperativos y su naturaleza. ....	243
5.2.2.4. Criterio integrador aplicable a las sociedades cooperativas del sector de la salud y los principios integradores. ....	245
<b>5.2.3. La concentración económico empresarial en la normativa aplicable a las sociedades cooperativas del sector de la salud.</b> ....	<b>246</b>
5.2.3.1. Normativa aplicable con carácter general. ....	246
5.2.3.1.1. Normativa para defenderse de la competencia. ....	247
5.2.3.1.2. Normativa para desarrollar la actividad económica. ....	248
5.2.3.1.3. Normativa para regular las inversiones intersocietarias y los grupos de sociedades. ....	249
5.2.3.2. Normativa aplicable específicamente a las sociedades cooperativas. ....	252
5.3. LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD ANTE LAS FORMAS DE COOPERACION ECONOMICO-EMPRESARIAL. ....	255
<b>5.3.1. Formas de concentración genéricas.</b> .....	<b>259</b>
5.3.1.1. Derivadas de vínculo contractual. ....	259
5.3.1.1.1. Con figura societaria específica. ....	259
5.3.1.1.1.1. La Unión Temporal de Empresas (U.T.E.). ....	259
5.3.1.1.1.2. La Agrupación de Interés Económico (A.I.E.). ....	262
5.3.1.1.1.2.1. La Agrupación Europea de Interés Económico (A.E.I.E.). ....	265
5.3.1.1.2. Sin figura societaria jurídica. ....	266
5.3.1.1.2.1. El "cártel". ....	266
5.3.1.1.2.2. El consorcio. ....	267
5.3.1.1.2.3. La central de compras y ventas. ....	269
5.3.1.2. Sin vínculo contractual. ....	270
5.3.1.2.1. Vínculo real o personal. ....	270
5.3.1.2.1.1. Grupo de Empresas. ....	271
5.3.1.2.1.1.1. La consolidación. ....	274
5.3.1.2.1.1.2. El "holding" como grupo de empresas. ....	276
5.3.1.2.2. Vínculo únicamente real. ....	279
5.3.1.2.2.1. La fusión y absorción de empresas. ....	279
5.3.1.2.2.2. La escisión y la segregación de empresas. ....	283
5.3.1.2.2.3. La cesión de cartera. ....	285
<b>5.3.2. Las sociedades cooperativas del sector de la salud ante las formas de concentración genéricas.</b> 286	
5.3.2.1. Derivadas de vínculo contractual. ....	286
5.3.2.1.1. Con figura societaria específica. ....	286
5.3.2.1.2. Sin figura societaria jurídica. ....	288
5.3.2.2. Sin vínculo contractual. ....	289
5.3.2.2.1. Vínculo real o personal. Los grupos de sociedades cooperativas. ....	289
5.3.2.2.2. Vínculo únicamente real. ....	291
5.3.2.2.2.1. La fusión y la absorción en las sociedades cooperativas del sector salud. ....	291
5.3.2.2.2.2. La escisión y la segregación en las sociedades cooperativas del sector salud. ....	298
5.3.2.2.2.3. La cesión de cartera. ....	300
<b>5.3.3. Formas de concentración específicas para sociedades cooperativas.</b> ....	<b>300</b>
5.3.3.1. Sociedad cooperativa de segundo y ulterior grado. ....	301
5.3.3.2. Las asociaciones cooperativas. ....	303
5.3.3.2.1. Las Uniones de Cooperativas. ....	306
5.3.3.2.2. Las Federaciones de Cooperativas. ....	308
5.3.3.2.3. Las Confederaciones de Cooperativas. ....	309
5.3.3.3. Sociedad cooperativa de integración. ....	310
5.3.3.4. La sociedad cooperativa de servicios. ....	311

<b>5.3.4. Las sociedades cooperativas del sector de la salud ante las formas de concentración específicas para cooperativas.</b>	<b>312</b>
5.3.4.1. Sociedad cooperativa de segundo y ulterior grado.	312
5.3.4.2. Las asociaciones cooperativas.	313
5.3.4.3. Sociedad cooperativa de integración.	314
5.3.4.4. La sociedad cooperativa de Servicios.	314
<b>5.4. LA INTEGRACION COOPERATIVA EN EL SECTOR DE LA SALUD, EN FUNCION DE LA FORMULA UTILIZADA.</b>	
<b>LA SOCIEDAD COOPERATIVA DE SEGUNDO GRADO DE LA SALUD.</b>	<b>315</b>
<b>5.4.1. Análisis comparado de las fórmulas integradoras para las sociedades cooperativas del sector de la salud.</b>	<b>315</b>
<b>5.4.2. Las sociedades cooperativas de segundo grado como fórmula integradora de las cooperativas del sector de la salud.</b>	<b>318</b>
5.4.2.1. Aspectos preliminares.	318
5.4.2.1.1. Las sociedades cooperativas de segundo grado y los principios integradores.	318
5.4.2.1.2. Notas características de las sociedades cooperativas de segundo grado en el proceso integrador.	319
5.4.2.1.3. Análisis comparado de la legislación autonómica para las sociedades cooperativas de segundo y ulterior grado.	321
5.4.2.1.4. La denominación de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.	325
5.4.2.2. La coordinación económica en las sociedades cooperativas de segundo grado de la salud.	326
5.4.2.2.1. Delimitación de los colectivos integrados en la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.	326
5.4.2.2.2. Las funciones de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.	328
5.4.2.3. Los flujos decisionales y económico-financieros en las sociedades cooperativas de segundo grado de la salud.	329
5.4.2.3.1. La toma de decisiones.	330
5.4.2.3.1.1. La autonomía de las sociedades cooperativas de base.	330
5.4.2.3.1.2. La participación democrática en la toma de decisiones. El principio de un hombre un voto.	330
5.4.2.3.1.3. Los órganos sociales.	334
5.4.2.3.2. El régimen económico-financiero.	335
5.4.2.3.2.1. La formación del resultado económico.	336
5.4.2.3.2.2. La estructura financiera.	336
5.4.2.3.2.2.1. El capital social.	336
5.4.2.3.2.2.2. Recursos no integrantes del capital social.	337
5.4.2.3.2.2.3. Los fondos cooperativos.	338
5.4.2.3.2.3. Implicaciones financieras de la aplicación del principio de puerta abierta.	339
5.4.2.3.2.3.1. Soluciones cooperativas a la aplicación del principio de puerta abierta.	339
5.4.2.3.2.3.2. Soluciones extracooperativas al principio de puerta abierta.	340
5.4.2.3.2.4. La retribución de las cooperativas socio y el retorno cooperativo en las cooperativas de segundo grado de la salud.	343
5.4.2.3.2.4.1. El reparto del retorno cooperativo, en función de la naturaleza del colectivo destinatario del mismo.	344
5.4.2.3.2.4.2. El carácter del retorno cooperativo para las sociedades cooperativas de base.	346
5.4.2.3.2.5. El régimen fiscal.	346
<b>5.5. CONSECUENCIAS ECONOMICO-FINANCIERAS DE LA CONCENTRACION EMPRESARIAL PARA LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD.</b>	<b>348</b>
<b>5.5.1. La estructura financiera derivada del proceso integrador y el coste medio ponderado.</b>	<b>349</b>
5.5.1.1. El coste medio ponderado de las sociedades cooperativas del sector de la salud.	350
5.5.1.2. El coste medio ponderado en los procesos de concentración con vinculación patrimonial.	354
5.5.1.3. El coste medio ponderado en la concentración mediante sociedades cooperativas de segundo grado de la salud.	359

<b>5.5.2. La rentabilidad en las sociedades cooperativas del sector de la salud.</b>	<b>362</b>
5.5.2.1. La rentabilidad financiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud.	363
5.5.2.1.1. La rentabilidad financiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud antes del proceso integrador	363
5.5.2.1.2. La rentabilidad financiera en los procesos de concentración con vinculación patrimonial.	366
5.5.2.1.3. La rentabilidad financiera de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, y su implicación sobre las cooperativas de base.	370
5.5.2.2. La rentabilidad económica de las sociedades cooperativas del sector de la salud.	374
5.5.2.2.1. La rentabilidad económica de las sociedades cooperativas del sector de la salud antes del proceso de integración.	374
5.5.2.2.2. La rentabilidad económica en los procesos de concentración con vinculación patrimonial.	376
5.5.2.2.3. La rentabilidad económica de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, y su implicación sobre las cooperativas de base.	378
<b>5.5.3. La valoración de los procesos de concentración para las sociedades cooperativas del sector de la salud.</b>	<b>380</b>
5.5.3.1. Determinación de la rentabilidad económica en términos absolutos.	381
5.5.3.1.1. La actuación económico-financiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud y sus repercusiones sobre la rentabilidad de las mismas.	381
5.5.3.1.2. La rentabilidad económica en términos absolutos para las diferentes cooperativas del sector de la salud.	385
5.5.3.2. La valoración de los procesos de concentración con vinculación patrimonial para las cooperativas del sector de la salud.	390
5.5.3.3. La valoración de los procesos de concentración mediante la cooperativa de segundo grado de la salud.	394
 <b>6. CONCLUSIONES.</b>	 <b>397</b>
 <b>BIBLIOGRAFIA.</b>	 <b>441</b>
 <b>NORMAS LEGALES.</b>	 <b>455</b>

## **Prólogo.**

El presente trabajo pretende establecer un tratamiento formal, amplio y pormenorizado, desde la perspectiva y metodología de la Administración de Empresas, y más concretamente desde las Finanzas, de las sociedades cooperativas del sector de la salud.

La salud es el bien máspreciado de la sociedad. Alrededor de la misma se reúnen distintos elementos que dan lugar a los Sistemas de Salud, en los que las sociedades cooperativas actúan mediante una serie de entidades con actividades diferentes pero que tienen en común su relación con el ciclo salud-enfermedad-salud.

La fórmula cooperativa se presenta como una alternativa para unir los intereses de los diferentes colectivos que participan en el cuidado conservación y prevención de la salud, tanto desde la perspectiva de los usuarios como de los profesionales implicados.

El trabajo se estructura en seis partes debidamente diferenciadas:

- 1) Introducción.
- 2) Fundamentos y estudio descriptivo de las sociedades cooperativas del sector de la salud.
- 3) El entorno en el sector de la salud.
  - 3.1) El marco legal.
  - 3.2) El marco institucional.
  - 3.3) El marco socio-económico.
- 4) Análisis de los flujos en las sociedades cooperativas del sector de la salud.
  - 4.1) Los flujos informativo-decisionales.
  - 4.2) Los flujos reales.
  - 4.3) Los flujos económico-financieros.
- 5) La integración en el sector de la salud.
  - 5.1) La concentración económico empresarial.
  - 5.2) Los procesos de concentración empresarial en el ámbito de las sociedades cooperativas del sector de la salud.
  - 5.3) Las sociedades cooperativas del sector de la salud ante las formas de cooperación económico-empresarial.
  - 5.4) La integración cooperativa en el sector de la salud, en función de la fórmula utilizada.  
La sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.
  - 5.5) Consecuencias económico-financieras de la concentración empresarial para las sociedades cooperativas del sector de la salud.

Aunque el contenido central del trabajo es el análisis de los flujos económico-financieros y las repercusiones en los mismos de los procesos de integración, se ha realizado una aproximación a otros aspectos, tanto internos como externos, propios de las entidades objeto de estudio. Muchos de estos aspectos se justifican, no sólo por su influencia en la estructura financiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud, sino también por las sucesivas modificaciones normativas a las que se han visto sometidas recientemente.

En la introducción se analiza el concepto de salud, poniendo de manifiesto la importancia de la misma. De esta forma se fijan las pautas para establecer los sistemas de salud y la participación en los mismos de las sociedades cooperativas en sus diferentes manifestaciones.

En el segundo capítulo se realiza un estudio descriptivo de las cooperativas del sector de la salud, manifestando las peculiaridades de estas sociedades con respecto a las empresas de capitales convencionales y al resto de entidades. La evolución histórica de estas sociedades y la aplicación de los denominados principios cooperativos son los principales aspectos en la determinación de sus condiciones particulares.

También se establecen los distintos subsectores incluidos dentro de las sociedades cooperativas del sector de la salud, haciendo una diferenciación entre las sociedades cooperativas farmacéuticas y las de asistencia sanitaria. A su vez, dentro del último grupo se distingue en función de su actividad aseguradora, de la gestión de instalaciones sanitarias o de la creación de puestos de trabajo para profesionales sanitarios.

El tercer capítulo está dedicado al entorno en el que actúan las sociedades cooperativas del sector de la salud. Los principales factores en los que se pone de manifiesto su influencia, y en los que se divide este capítulo, son el marco legal, el marco institucional y el marco socio económico.

El marco legal establece las normas básicas que sirven de guía al sector de la salud, y es por ello por lo que se hace una breve referencia a su evolución histórica. Dentro de las normas vigentes se diferencia entre las aplicables a todo el sector (fundamentalmente la Constitución de 1978, la Ley de Seguridad Social de 1994 y la Ley General de Sanidad de 1986) y las que afectan de modo especial a las cooperativas (Ley General de Cooperativas de 1987, y leyes autonómicas de cooperativas).

La segunda parte del tercer capítulo, analiza el marco institucional formado por el conjunto de entidades encargado de establecer las relaciones entre las diversas sociedades que actúan en el sector de la salud. La estructura de este sector en España permite diferenciar entre entidades privadas, en las que se encuadran las diferentes sociedades cooperativas según su relación con el sistema de Seguridad Social, y las

públicas, en las que manifiesta la intención de crear un Sistema Nacional de Salud en el que se integren los subsistemas de salud públicos.

La última parte del tercer capítulo se centra en el marco socio-económico formado por los diferentes vínculos de las cooperativas con sus socios y con otros colectivos que participan, directa o indirectamente, en la salud. Estas personas se asocian para cubrir unas necesidades socio-económicas relativas a la salud, lo que les lleva a una participación activa en las mismas.

El cuarto capítulo analiza los tres tipos de flujos (informativo-decisionales, reales y económico-financieros) que determinan la actividad de las sociedades cooperativas del sector de la salud. Cada flujo compone una de las partes de este capítulo.

La primera parte de este cuarto capítulo gira en torno a los flujos informativo-decisionales como una de las actividades básicas en toda sociedad. La información es contemplada como el elemento fundamental que va a ser tomado como base para la posterior toma de decisiones, haciendo especial referencia a los procedimientos para su circulación, a su coste y a los mecanismos para hacer efectivo el derecho de los socios a la misma.

En relación con la toma de decisiones, se analizan los órganos de la cooperativa encargados de traducir las exigencias de la organización, y de manifestar la voluntad de los socios. Dentro de los mismos se estudian en profundidad; la Asamblea General, como representante de la organización democrática, y el Consejo Rector, como órgano de gobierno y gestión, aunque también se hace referencia a los Interventores, al Comité de Recursos y al Director.

Los flujos reales de las sociedades cooperativas del sector de la salud son objeto de análisis en la segunda parte de este capítulo. Aunque cada una de las sociedades cooperativas estudiadas realiza una actividad diferente, se pone de manifiesto la vinculación de todas ellas con el cuidado y prevención de la salud.

El estudio de las prestaciones realizadas por cada una de las estas cooperativas se manifiesta considerando sus diferentes objetos sociales y sus implicaciones sobre el proceso productivo. Además, se tienen en cuenta las características derivadas de su vocación social, referidas fundamentalmente a su naturaleza y a una serie de principios tradicionales, que las diferencia del resto de entidades del sector de la salud.

Los flujos económico-financieros forman la tercera parte del cuarto capítulo. Su contenido es uno de los puntos centrales de este trabajo, no sólo por referirse a las diferentes sociedades cooperativas del sector de



la salud, sino también por ser aplicables a las cooperativas de segundo grado a las que se hace referencia en el quinto capítulo.

El análisis de los flujos económico-financieros parte del estudio de los diferentes modelos de financiación utilizados en este sector. Estos sistemas sirven como base para establecer el proceso de formación del resultado económico, así como para determinar la estructura financiera de las cooperativas del sector de la salud y su tratamiento fiscal.

En este apartado destaca el estudio de la retribución de la actividad cooperativizada y en el retorno para las diferentes cooperativas, así como el de las características de cada una de estas entidades según su actividad.

El quinto capítulo, en el que se alude a las fórmulas de integración aplicables a las cooperativas del sector de la salud, tiene como objetivo establecer la fórmula que mejor se adapte a las entidades objeto de análisis. Su contenido es la parte fundamental de la investigación.

Para ello, en una primera parte, se efectúa una síntesis, según las principales teorías, sobre los fines primordiales perseguidos por la concentración, así como las consecuencias derivadas de la misma.

En la segunda parte, se adaptan las características de la integración a las sociedades cooperativas, para, posteriormente, trasladarlas a las cooperativas del sector de la salud. Este proceso permite extraer tres principios que van a ser utilizados como guía en el proceso de análisis integrador. Además, no falta una exposición de la normativa legal aplicable a estas sociedades en materia integradora.

La tercera parte del quinto capítulo se centra en la exposición y análisis de las posibles figuras para la integración empresarial, diferenciando entre aquellas aplicables a cualquier sociedad (según tengan o no vínculo contractual) de las que sólo pueden utilizarse por cooperativas.

Tras analizar las diferentes fórmulas integradoras, en la cuarta parte, se realiza un estudio comparado de las mismas, comprobando el cumplimiento de los tres principios integradores mencionados. El citado estudio lleva a la conclusión de que la cooperativa de segundo grado es la única que cumple dichos principios, por lo que se presenta como el modelo más idóneo para la integración cooperativa en el sector de la salud. Esta parte finaliza con un estudio sobre la actividad y peculiaridades de la cooperativa de segundo grado, centrándose en los flujos decisionales y económico-financieros.

En la quinta y última parte del quinto capítulo se exponen las consecuencias económico financieras de la integración. El proceso seguido consiste en analizar el coste de capital, la rentabilidad económica y la rentabilidad financiera de las cooperativas de base, para posteriormente aplicarlo a los supuestos de concentración patrimonial y concentración mediante una cooperativa de segundo grado.

El sexto capítulo recoge, a modo de síntesis, las conclusiones básicas del trabajo, siguiendo el mismo esquema de bloques o partes aquí referido.

## **Agradecimientos.**

En la realización de este trabajo tengo que agradecer la colaboración de todas las personas que en las diferentes etapas de la investigación me han brindado su apoyo y consejos desinteresados. Quiero dejar constancia de mi gratitud hacia todos ellos, con la convicción de que sin su aportación, en uno u otro sentido, no hubiera sido posible su culminación.

*En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento al Prof. Dr. Gustavo LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS, Director de la Tesis Doctoral, por su dedicación, paciencia y tenacidad, y por sus críticas y sugerencias sobre este trabajo. Su actitud y constante aportación de ideas han constituido un estímulo para establecer una línea de trabajo.*

También, quiero dejar constancia de mi gratitud al Servicio de Investigación del Rectorado de la Universidad Complutense de Madrid, por poner a mi disposición los medios necesarios para poder realizar este estudio.

Mi reconocimiento también va dirigido al constante apoyo e interés recibido por los compañeros de la Escuela de Estudios Cooperativos de la de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Complutense de Madrid, así como de los miembros del Departamento de Economía y Administración Financiera y Contabilidad III (Economía y Administración Financiera de la Empresa) de la misma Facultad, y de la Fundación Universitaria San Pablo-CEU.

Mención especial merece el Prof. Dr. Carlos GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ, cuya influencia ha sido fundamental para compartir el interés sobre las empresas de participación en general, y sobre la actividad de las sociedades cooperativas en el sector de la salud en particular.

Entre los representantes de las entidades relacionadas con el ámbito de estudio de este trabajo, quiero destacar mi agradecimiento al Dr. José ESPRIU CASTELLO, como director de la Fundación que lleva su nombre. Su disponibilidad para una colaboración personal y directa, ha sido un elemento *fundamental para conocer la realidad de estas entidades en el actual panorama económico.*

Por último, no puedo olvidar a todas aquellas instituciones que han contribuido a la documentación de este trabajo, tanto bibliográfica como cualquier otro tipo de información, entre las que me gustaría destacar el Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario.

# 1. Introducción.

El derecho a la salud es reconocido por la mayoría de las constituciones, incluida la española (1). La salud es el bien máspreciado de la sociedad lo que hace surgir el deseo de conservarla, o recuperarla en caso de que se haya perdido. Pero para llegar a plantearse este aspecto es necesario conocer, previamente, que es la salud y los factores que la afectan.

Tradicionalmente se tenía un concepto limitado y negativo de la salud, al considerar la misma como la ausencia de enfermedad. La paulatina mejora en la calidad de vida ha llevado a la acepción realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades" (2).

La definición de la OMS ha sido discutida y matizada por diferentes autores, surgiendo nuevas aportaciones entre las que pueden destacarse (3):

- Para los defensores del concepto dinámico de salud, ésta puede definirse como "el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, y social, y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad" (4).

- Otro grupo de autores afirman que un individuo goza de buena salud, "cuando es capaz de funcionar tan eficazmente como le es posible en su medio y de consagrarse plenamente a sus proyectos" (5).

Ligado al concepto de salud se encuentra el de sanidad, cuyo significado etimológico es "calidad de sano". En su antigua concepción la sanidad se refería sólo a la protección de la población en general, dejando a un lado a las personas en particular. Sin embargo, siguiendo a RODRIGUEZ-PONGA, la sanidad se define como "la aplicación de las ciencias médicas y de otras disciplinas complementarias a la promoción de la salud humana en los ámbitos individual y social" (6). Por tanto se puede hacer una doble división entre sanidad

---

(1) ESPAÑA: CONSTITUCION ESPAÑOLA, aprobada por las Cortes el 31 de octubre de 1978, B.O.E. N. 311.1, de 29 de diciembre, art. 43.

(2) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: **Documentos Básicos**, O.M.S., Ginebra, 1994, p. 1.

(3) Un análisis sobre la evolución del concepto de salud es realizado en: W.H. GREENE, B.G. SIMONS-MORTON: **Educación para la salud**, Inter Americana, México D.F., 1988, pp. 4-10; y M. SAINZ MARTIN: **Educación para la salud**, P. Investigación Educativa, Madrid, 1982, pp. 31-39.

(4) L. SALERAS MARTI: **Educación Sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones**, Edic. Díaz de Santos, Madrid, 1988, p.17.

(5) A. MUÑOZ MACHADO: **Los sistemas Sanitarios y su Organización**, Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, Madrid, 1989, p. 21.

(6) C. RODRIGUEZ-PONGA AJURIA: "Concepto de Sanidad y sus integrantes, Medicina y Farmacia", ACOFAR, N. 261, Septiembre de 1981, p. 6.

individual y colectiva, y dentro ambas entre sus aspectos preventivos (higiene personal y en el trabajo, dietética, control de contaminación, etc.) y asistenciales (diagnóstico y terapia de los pacientes, control de infecciones, de toxicomanías, etc.).

En la realización de estas tareas colaboran esencialmente la medicina, a través de las especialidades médicas y medicina general, y la farmacia, mediante las oficinas de farmacia y laboratorios. Sin embargo, sería injusto olvidar la actuación de la veterinaria a través del control sanitario de los alimentos de origen animal.

En consecuencia, si no nos limitamos a erradicar la enfermedad, es necesario tener en cuenta un conjunto de elementos que ejercen una importante influencia sobre la salud. Así, la mejora del medio ambiente y la educación son dos aspectos indispensables para lograr la eficacia de un buen Sistema de Salud. De esta manera se puede afirmar que un Sistema de Salud reúne a todos aquellos elementos que son capaces de influir sobre el estado de salud de las personas, y que dentro del mismo se encuentra el Sistema Sanitario, formado por los factores que emplean la técnica médica de manera preponderante o intensiva.

La actuación de las sociedades cooperativas en el ámbito de la sanidad se viene realizando tradicionalmente mediante las entidades de asistencia sanitaria, en sus diferentes manifestaciones, y a través de las sociedades cooperativas de distribución farmacéutica. La relación entre medicina y farmacia, y por tanto la existente entre la actividad realizada por ambas, abre una vía de integración en busca de sinergias positivas dentro del sector de la salud en el que la finalidad última de las respectivas actividades es la misma. Dicha finalidad puede identificarse con la recogida en un informe del Ministerio de Sanidad y Consumo (7) en el que se señalan un triple objetivo del sistema sanitario español: añadir años a la vida, añadir salud a la vida, y añadir vida a los años.

---

(7) MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: **España: Sistema Nacional de Salud**, Informes ponencias y comunicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987, Madrid, p. 9.

## **2. Fundamentos y estudio descriptivo de las sociedades cooperativas del sector de la salud.**

Antes de analizar el entorno que rodea las sociedades cooperativas del sector de la salud y sus diferentes flujos, es conveniente hacer una serie de referencias indispensables para comprender la naturaleza de estas entidades en toda su extensión.

Primero se ponen de manifiesto las características de las sociedades cooperativas, en relación a la concepción tradicional de empresa. Posteriormente se analizan las manifestaciones empresariales dentro del sector de la salud y su aplicación al campo cooperativo, siempre sin perder de vista la perspectiva histórica que es parte fundamental de su actual desarrollo.

### **2.1. Concepto y características de empresa.**

La empresa puede definirse desde diferentes puntos de vista, según la disciplina científica que la estudia.

Desde un punto de vista general, y siguiendo a PEREZ, la empresa es "un sistema en el que se coordinan factores de producción, financiación y marketing para obtener sus fines" (1).

Con una perspectiva económica SUAREZ afirma que la empresa puede definirse "como un conjunto de factores productivos coordinados, cuya función es producir y cuya finalidad viene determinada por el sistema de organización social y económica en el que se halle inmersa" (2).

Por su parte GELINIER afirma que "la empresa es una aventura económica autofinanciada" (3).

Dentro del concepto genérico de empresa, se encuentran diferentes manifestaciones en función de factores como la propiedad de su capital, el tipo de responsabilidad, o las fórmulas establecidas para su funcionamiento y control. La sociedad cooperativa se presenta como una de estas manifestaciones con una serie de características propias, que son analizadas más abajo.

---

(1) E. PEREZ GOROSTEGUI, *Economía de la Empresa (Introducción)*, Centro de Estudios Ramón Areces S.A., Madrid, 1994, (2ª ed.), p. 5.

(2) A.S. SUAREZ SUAREZ: *Decisiones óptimas de inversión y financiación*, Pirámide, Madrid, 1995 (17ª ed.), p. 27.

(3) O. GELINIER: *Estrategia Social de la Empresa*, A.P.D., Madrid, 1978, p. 13.

## 2.2. Concepto y características de la sociedad cooperativa.

El concepto de sociedad cooperativa ha sido analizado por múltiples autores, así como por las diferentes normas legales que se han ocupado de estas sociedades (4).

Entre las diferentes definiciones de sociedad cooperativa puede destacarse la realizada por GARCIA-GUTIERREZ, para el que se trata de "una forma de asociacionismo democrático de emprendedores, aplicable a cualquier proceso económico de producción y distribución que se acomete con sentido empresarial, agrupando a personas que cumplen los requisitos técnicos para que ese proceso tenga lugar, independientemente de su clase social, raza, sexo, renta personal y patrimonio" (5).

La actual Ley General de Cooperativas de 1987 las define como:

"sociedades que, con capital variable y estructura y gestión democráticas, asocian, en régimen de libre adhesión y baja voluntaria, a personas que tienen intereses o necesidades socio-económicas comunes, para cuya satisfacción y al servicio de la comunidad desarrollan actividades empresariales, imputándose los resultados económicos a los socios, una vez atendidos los fondos comunitarios, en función de la actividad cooperativizada que realizan" (6).

Cada uno de los elementos contenidos en la anterior definición es el resultado de la aplicación práctica de unos principios, denominados "principios cooperativos", cuyo origen tiene como base el propio nacimiento de las sociedades cooperativas. Por esta razón, antes de estudiar los citados principios es necesario hacer una breve referencia histórica a los hechos que los originaron y a su posterior evolución.

---

(4) Entre los diferentes estudios sobre la naturaleza jurídica de las sociedades cooperativas se encuentran: F. SANCHEZ CALERO y M. OLIVENCIA RUIZ, *El cooperativismo en la coyuntura española actual*, Centro de Estudios Sociales de la Santa Cruz de los Caídos, Madrid, 1964; C. BOTELLA GARCIA-LASTRA: "La revisión del concepto de sociedad cooperativa en el Derecho positivo español", *Hacienda Pública Española*, N. 94; J. GOMEZ CALERO: "Sobre la "mercantilidad" de las cooperativas", *Revista de Derecho Mercantil*, N. 137, Madrid, 1975; y M. VERGEZ SANCHEZ: *El Derecho de las Cooperativas y su reforma*, CIVITAS, Madrid, 1973; y A.C. MORALES GUTIERREZ: "La necesidad de una referencia al entorno en el análisis de la empresa cooperativa", en VARIOS: *Boletín de Estudios y Documentación*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Primer trimestre, 1991, pp. 71-73.

(5) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "Precisiones acerca de algunos tópicos confusos sobre la Sociedad Cooperativa", en VARIOS: *Tempori Serviendum. Homenaje al Prof. Dr. Jaime GIL ALUJA*, Milladoiro, Santiago de Compostela, 1992, p. 155.

(6) ESPAÑA: LEY 3/1987 de 2 de Abril de 1987, General de Cooperativas, *B.O.E.*, N.84, de 8 de abril, art. 1.1.

### 2.2.1. Evolución histórica de las sociedades cooperativas.

El cooperativismo, concebido en un sentido amplio, es un hecho social y económico ligado a la naturaleza humana (7). Por tanto la historia de las sociedades cooperativas coincide con la historia de la humanidad, ya que desde la prehistoria se aprecian manifestaciones con un alto contenido cooperativo como el aprovechamiento común de molinos, pastos, tierras y riegos.

En la Edad Media se producen diferentes muestras del espíritu cooperativo, entre las que destacan la organización informal de los siervos para pagar al señor feudal, y los gremios de artesanos y comerciantes con el fin de la ayuda mutua (8).

Para la mayor parte de la doctrina el punto de partida del cooperativismo, tal y como se conoce actualmente, es la fundación en 1844 de un almacén cooperativo de artículos domésticos en la localidad inglesa de Rochdale (9). Los estatutos internos de esta cooperativa dieron lugar a los denominados principios cooperativos (10), que con el paso del tiempo han sido objeto de modificación (11), hasta llegar a los actuales principios dictados por la Alianza Cooperativa Internacional (ACI). Su redacción más reciente se ha realizado en Manchester durante 1995, como se hace referencia más abajo.

La difusión de la doctrina cooperativa en el siglo XX se ha reflejado en una amplia variedad de sociedades con un alcance multisectorial que alcanza al sector de la salud.

---

(7) J. LLUIS Y NAVAS: **Derecho Cooperativo**, ESICO, Barcelona, 1983, p. 186.

(8) Véase: J.J. SANZ JARQUE: **Cooperación. Teoría y Práctica de las Sociedades Cooperativas**, Universidad Politécnica de Valencia, 1974, pp. 46-57; y F. SALINAS RAMOS: **Temas Cooperativos**, Cáritas Española, Madrid, 1987, pp. 107-119.

(9) Al respecto puede consultarse: A. GASCON: **La cooperación y las cooperativas**, Ediciones de Historia y Arte S.L. Madrid, 1960; pp. 15-73; G.J. HOLYOAKE: **Historia de los pioneros de Rochdale**, CENEC, Zaragoza, 1975; y A. BONNER: **British Co-operation. The history, Principles and Organisation of the British Cooperative Movement**, Cooperative Union Ltd., Manchester, 1960.

(10) Véase: F. HALL y W.P. WATKINS: **Cooperation. A Survey of the history, Principles and organization of the Cooperative Movement in Great Britain and Ireland**, Cooperative Union Ltd., Manchester, 1953; y P. LAMBERT: **La Doctrina Cooperativa**, Intercoop Editora Cooperativa Limitada, Buenos Aires, 1975.

(11) Sobre la modificación de los principios cooperativos puede verse: G. COLE: **A Century of Cooperation**, Allen and Unwin, Gran Bretaña, 1945; y C. GIDE: **L'ecole de Nimes**, Presses Universitaires de France, París, 1947.



## 2.2.2. Los principios cooperativos.

Los principios cooperativos tienen su origen en la concreción de un conjunto de normas de funcionamiento de la citada sociedad cooperativa de Rochdale (12). Estos principios, formulados por la Alianza Cooperativa Internacional (A.C.I.) en el congreso de París en 1937 (13), rigen a la empresa cooperativa de manera que, de forma casi unánime, la legislación sobre estas entidades hace obligada referencia a los mismos (14).

La Ley General de Cooperativas de 1987 no es una excepción ya que, aunque no los enumera, afirma que "las Cooperativas se ajustaran en su estructura y funcionamiento a los principios formulados por la Alianza Cooperativa Internacional en los términos establecidos en la presente Ley" (15).

Los actuales principios cooperativos, se basan en los establecidos en el Congreso de Viena de 1966 (16), aunque han sufrido algunas modificaciones tras el reciente Congreso de Manchester, celebrado en septiembre de 1995, en el que además se conmemoró el centenario de la ACI (17). Las principales novedades han sido la flexibilización del principio del interés limitado y la incorporación de un séptimo principio relativo al desarrollo sostenido. Todos ellos forman un sistema (18), cuya formulación individual es la siguiente (19):

- 1/ El principio de puerta abierta o libre adhesión y baja de socios. Se refiere a la no discriminación de sus miembros. Su implicación financiera hace que el capital de las sociedades cooperativas sea variable (20).

---

(12) Un análisis sobre los principios de Rochdale se encuentra en: M. BROT: "Permanence des Principles de Rochdale", *Revue des Etudes Cooperatives*, enero-abril, 1960.

(13) J.L. HERRANZ GUILLEN: "Los principios cooperativos: ayer y hoy", Ponencia presentada al Coloquio Internacional **Los Principios Cooperativos en la Europa Actual**, Alianza Cooperativa Internacional-Centro Internacional para la Investigación en Economía Pública Social y Cooperativa, Sevilla, 1994.

(14) J.M. GALVEZ VEGA: "Principios valorativos en las diferentes legislaciones cooperativas existentes en España", Ponencia presentada al Coloquio Internacional **Los Principios Cooperativos en la Europa Actual**, Alianza Cooperativa Internacional-Centro Internacional para la Investigación en Economía Pública Social y Cooperativa, Sevilla, 1994.

(15) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 3.

(16) Véase: ALIANZA COOPERATIVA INTERNACIONAL: **Los Principios Cooperativos, Nuevas formulaciones**, Centro Nacional de Educación Cooperativa, Zaragoza, 1972.

(17) Los cien años de la Alianza Cooperativa Internacional se encuentran recogidos en: J. BIRCHAL: **Co-op. The people's business**, Manchester University Press, Manchester, 1994.

(18) J.L. MONZON CAMPOS: "Los Principios Cooperativos y realidad cooperativa en España", en VARIOS: **Cooperativas, Mercado, Principios Cooperativos**, CIRIEC, Valencia, 1994, pp. 109-125.

(19) ALIANZA COOPERATIVA INTERNACIONAL: "Declaración de la Alianza Cooperativa Internacional sobre la Identidad Cooperativa aprobada en Manchester en el XXXI Congreso de la ACI", *Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa*, N. 19, octubre 1995, pp. 38-41.

(20) Al respecto puede consultarse: A.D. SERRANO SOLDEVILLA: **La cooperativa como sociedad abierta**, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Sevilla, 1982.

- 2/ Principio de gestión democrática de los socios, o de una persona un voto. Supone la independencia de la toma de decisiones con respecto al capital aportado por cada socio. Únicamente es alterado en las sociedades cooperativas de segundo grado como se ve más abajo.
- 3/ Participación económica de los socios. El interés para las aportaciones sociales se establece de forma voluntaria y siempre con carácter limitado. Normalmente se determina fijando un tipo de interés de referencia (máximo) incrementado en varios puntos (21). Los socios participan en la distribución de los excedentes, en proporción a la actividad cooperativizada realizada. Este principio se cumple a través del denominado "retorno cooperativo".
- 4/ Principio de autonomía e independencia. Las sociedades cooperativas son entidades independientes controladas por sus miembros.
- 5/ Educación formación y promoción cooperativa. Se pone en práctica mediante la dotación del "Fondo de Educación y Promoción" destinado a la formación de los socios.
- 6/ Establecimiento de relaciones intercooperativas (22). A la vista de este principio, la integración de las sociedades cooperativas del sector de la salud, constituye el cumplimiento de uno de los fundamentos de la empresa cooperativa.
- 7/ El principio de interés por la comunidad. Afirmar la necesidad de que las sociedades cooperativas trabajen para el desarrollo sostenido de sus comunidades mediante políticas aprobadas por sus miembros.

Los continuos cambios en el marco institucional y en las tendencias económicas y necesidades humanas (23), hacen surgir una continua reflexión sobre la necesidad de adecuar los principios vigentes a las características de las sociedades cooperativas (24).

---

(21) U. MEDINA HERNANDEZ: "Los principios cooperativos como ventajas comparativas: Metodología para su reformulación en el marco de la competitividad empresarial", en VARIOS: **Las empresas públicas, sociales y cooperativas en la nueva Europa**, CIRIEC, Valencia, 1994, p. 482.

(22) Véase: A. ALTHAUS: **Tratado de Derecho Cooperativo**, Zeus, Rosario, 1977, (2ª ed.), p. 436; y S. PARRA DEMAS: **La integración de la empresa cooperativa (Evolución de los Principios Cooperativos)**, Editorial de Derecho Financiero, Madrid, 1974.

(23) Sobre la adecuación de los principios cooperativos a la situación actual de las sociedades cooperativas puede consultarse: S.A. BÖÖK: "Los valores cooperativos en un mundo cambiante", **Revista de la Cooperación Internacional**, V. 25, N.2, 1992; B. THORDARSON: "La adaptación de los Principios Cooperativos al nuevo entorno europeo", en VARIOS: **Las empresas públicas, sociales y cooperativas en la nueva Europa**, CIRIEC, Valencia, 1994, pp. 243-254; y D. ARANZADI: "Los valores cooperativos en el umbral del año 2000", en VARIOS: **Anuario de Estudios Cooperativos 1993**, Universidad de Deusto, Bilbao, 1994, pp. 118-128.

(24) La futura evolución de las sociedades cooperativas y sus principios se plantean en: UK CO-OPERATIVE COUNCIL: **The co-operative opportunity**, UK Co-operative Council, Manchester, 1994, pp. 15-22.

### 2.2.3. Tipología de las sociedades cooperativas.

Existen distintos criterios para clasificar las sociedades cooperativas. Entre ellos, destacan los que hacen la diferenciación: en función de los miembros que las componen, según la naturaleza la actividad productiva de sus socios, o teniendo en cuenta el sector en el que actúan.

A) Según los miembros que las componen.

- A.1) Sociedades cooperativas de primer grado, son las formadas únicamente por personas físicas.
- A.2) Sociedades cooperativas de segundo o ulterior grado, son las que incluyen entre sus miembros a cooperativas de grado inferior. Su estudio se realiza al analizar las formas de concentración cooperativa en el sector de la salud.

Es el criterio seguido por la Ley General de Cooperativas de 1987, aunque se incluye la posibilidad de que algunas sociedades cooperativas de primer grado integren a personas jurídicas. Dentro de las cooperativas de primer grado distingue entre (25):

- Cooperativas de Trabajo Asociado.
- Cooperativas de Consumidores y Usuarios.
- Cooperativas de Viviendas.
- Cooperativas Agrarias.
- Cooperativas de Explotación Comunitaria de la Tierra.
- Cooperativas de Servicios.
- Cooperativas del Mar.
- Cooperativas de Transportistas.
- Cooperativas de Seguros.
- Cooperativas Sanitarias.
- Cooperativas de Enseñanza.
- Cooperativas Educativas.
- Cooperativas de Crédito.

---

(25) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 116.1.

B) Según la actividad productiva de sus socios.

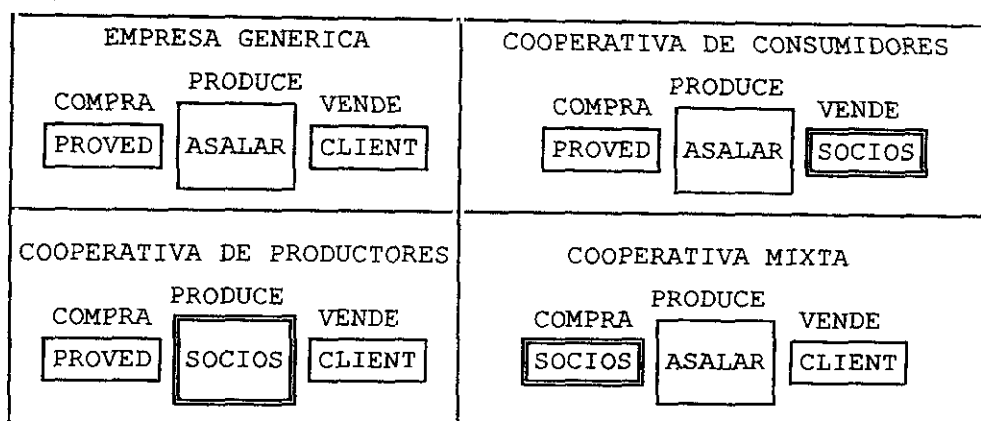
Hay que distinguir entre (26) (cuadro 1):

B.1) Cooperativas de consumidores. Sus socios se agrupan para proveerse de artículos en las mejores condiciones de calidad y precio.

B.2) Cooperativas de productores. Son conocidas como de trabajo asociado, siendo sus socios los encargados de producir artículos o servicios.

B.3) Cooperativas mixtas. Su fin es comercializar en común los artículos producidos por los socios separadamente y producir servicios para los mismos.

CUADRO 1, CLASIFICACION DE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS SEGUN LA ACTIVIDAD DE SUS SOCIOS.



C) Según el sector en el que actúan.

Este criterio permite diferenciar tantos tipos de sociedades cooperativas como sectores o ramas de la actividad económica, con el grado de desagregación que se desee. Uno de los posibles grupos según este criterio es el integrado por las cooperativas del sector de la salud. En él se reúnen sociedades cooperativas con diferentes actividades que, según los criterios señalados más arriba, pueden incluirse en varios de los grupos.

(26) Esta clasificación puede encontrarse en: C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "La economía social o la economía de las empresas de participación (las sociedades cooperativas y laborales)", en VARIOS: *En memoria de María Angeles Gil Luezas*, Alfa Centauro, Madrid, 1991, pp. 199 y 200.

## **2.3. La empresa en el sector de la salud.**

Aunque el cuidado de la salud nace como una necesidad individual de todo hombre, el desarrollo de las profesiones relacionadas con la misma ha hecho surgir una serie de manifestaciones empresariales a lo largo del tiempo.

### **2.3.1. Evolución histórica.**

Inicialmente una misma persona dominaba varias ramas del conocimiento. El caso de la salud no es una excepción, siendo un mismo sujeto el encargado de interpretar las anomalías anatómicas y fisiológicas, para posteriormente preparar los supuestos remedios. Los continuos avances científicos han dificultado cada vez más el dominio por una persona de ramas tan amplias del saber. De esta forma se fueron configurando dos disciplinas y profesiones distintas: la médica y la farmacéutica (27). Ambas son la base de la sanidad y de ellas derivan diferentes formas empresariales que pueden encuadrarse en el sector de la salud.

#### **2.3.1.1. La medicina y la asistencia sanitaria.**

Las prácticas mágicas y esotéricas tenían una gran vinculación con la asistencia sanitaria en las culturas primitivas. El paciente podía estar aquejado de enfermedades de origen natural, tratadas por el "médico primitivo", o de origen sobrenatural, atendidas por el adivino (28).

En la antigüedad clásica la medicina se convierte en una profesión científica, aunque no era necesaria ninguna titulación para poder realizar su ejercicio. La asistencia sanitaria que prestaban ofrecía grandes diferencias en función de la posición social del paciente.

La Edad Media trajo consigo la titulación oficial del médico, a pesar de lo cual este colectivo es ampliamente criticado por sus dificultades para controlar las grandes epidemias de la época. Por lo que respecta a la asistencia sanitaria se mantiene la discriminación social.

---

(27) C. RODRIGUEZ-PONGA AJURIA: "Concepto de Sanidad y...", "*Opus cit*", pp. 7 y 8.

(28) P. LAIN ENTRALGO: *Historia de la Medicina*, Vol. 1, Salvat, Barcelona, 1972, p. 46.

Durante los siglos XV y XVI, se produce un importante avance de la medicina gracias a la observación médica, y a los progresos de la física, química, y por tanto de la farmacoterapia. Además, comienza la prevención aunque se mantiene la discriminación existente en etapas anteriores.

A partir de la Revolución Industrial se inicia la nueva concepción de la atención sanitaria, caracterizada por la especialización y el impresionante desarrollo tecnológico.

Por lo que respecta a la asistencia hospitalaria hay que señalar la importancia que para su evolución han tenido los progresos tecnológicos. Sus primeros antecedentes se remontan a los egipcios, hindúes, griegos y a los romanos con los templos de Esculapio (29). En Occidente, el auge de estos centros, en los que se recoge a los pobres moribundos o enfermos, se debe a la caridad cristiana.

Hasta bien entrado el siglo XIX se suceden importantes descubrimientos en el mundo de la medicina pero la profesión médica no precisa de grandes medios para ser ejercida, por lo que se realiza de forma liberal. Durante este amplio período de tiempo los hospitales son lugares temidos y los médicos de cabecera son los encargados de cuidar de la salud de los pacientes en consultas privadas o en el hogar de residencia de éstos.

En 1851 se realizan los primeros intentos de internacionalizar los problemas de salud pública con la Convención Sanitaria Internacional de París, aunque no se creo un organismo internacional permanente hasta el nacimiento de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en 1948 (30).

A partir de la Primera Guerra Mundial, y especialmente después de la Segunda, se producen dos hechos fundamentales en la evolución hospitalaria: por un lado, la fabricación de numerosos aparatos que sustituyen, complementan y perfeccionan el trabajo humano; por otro la creciente preocupación por los aspectos sociales y las medidas para subsanar la situación de los menos afortunados económicamente. Además, aparecen las teorías Keynesianas y el incremento de las funciones y gastos del Estado.

La ingeniería dota a la medicina de un gran número de aparatos, de manera que el ritmo de renovación se hace tan rápido que dificulta a los médicos la tarea de estar al día, aunque se consigue una gran perfección en los datos útiles para el diagnóstico. El elevado coste de los nuevos aparatos supone que su adquisición sólo esté en manos de los hospitales, lo que hace que la mejor medicina se aleje de las consultas

---

(29) A. MUÑOZ MACHADO: **Los sistemas sanitarios y...**, "Opus cit", p. 31.

(30) Organización Mundial de la Salud: **Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud**, O.M.S., Ginebra, 1958, pp. 3, y 37-53.

privadas. Se produce una variación en el ejercicio de la profesión médica que lleva a los profesionales de este sector a relacionarse con los hospitales para tener acceso a los continuos avances tecnológicos (31).

### **2.3.1.2. La actividad farmacéutica.**

En las civilizaciones primitivas la farmacia, al igual que la medicina, estaba vinculada a la magia. Los egipcios tenían una concepción religiosa de la farmacia, destacando entre sus aportaciones la utilización de unos departamentos específicos para la preparación de medicamentos en las denominadas casas de vida sacerdotales (32).

En el mundo clásico, los médicos de la antigua Grecia abandonaron los templos para ejercer su profesión, portando con ellos los medicamentos. Sin embargo, la farmacia seguía manteniendo una importante vinculación con la magia (33). Esta situación empieza a variar durante la civilización romana, en la que la aparición de la alquimia constituye el preludio de la química moderna (34).

El mundo árabe fue escenario de una importante evolución farmacéutica. Entre los progresos logrados destaca la aparición de los "aggiri", códigos farmacéuticos para la preparación de medicamentos que pueden considerarse como los precursores de las farmacopeas. También el comienzo de la diferenciación entre farmacia y medicina, al menos en el ejercicio material realizado por determinados médicos, y el nacimiento de las boticas regidas por farmacéuticos instruidos (35). Sin embargo, el número de estas boticas era muy inferior al de los comerciantes que, sin ninguna instrucción específica, se dedicaban a la venta de fármacos, especias y perfumes.

Durante la primera parte de la Edad Media la farmacia recurre de nuevo al poder curativo de la fe, aunque posteriormente los acontecimientos producidos durante esta etapa tengan una gran influencia con su concepto actual. Entre estas manifestaciones hay que citar que las boticas, tal y como eran concebidas en el Islam, llegan hasta la mayor parte de Europa, surgiendo los primeros gremios de farmacéuticos (36).

---

(31) A. MUÑOZ MACHADO: *Los sistemas sanitarios y...*, "Opus cit", p. 34.

(32) Véase: C. LEAKE: *The Old Egyptian Medical Papyri*, University of Pennsylvania Press, Lawrence.

(33) P. LAIN ENTRALGO: *La Medicina Hipocrática*, Revista de Occidente, Madrid, 1970, pp. 299-362.

(34) Sobre este tema puede consultarse: J. GARCIA FONT: *Historia de la Alquimia en España*, Editorial Nacional, Madrid, 1976.

(35) G. FOLCH JOU: *Historia de la farmacia*, Gráficas Alonso, Madrid, 1972, (3ª ed.), pp. 107-127.

(36) J.L. GOMEZ CAAMAÑO: *Páginas de Historia de la Farmacia*, AEPA, Barcelona, 1986, pp. 162-164.

Estos gremios, que no consiguen desprenderse de su consideración de comerciantes, tienen como finalidades:

- mantener el monopolio del mercado farmacéutico en las ciudades donde radican,
- el establecimiento de normas para aprender y ejercer la profesión, y
- el control de la calidad y el precio de sus productos.

Por otra parte el farmacéutico se consolida como profesional independiente, surgiendo disposiciones en las que se limita el número de boticas en una determinada zona y el control oficial de los establecimientos y medicinas (37).

Con el Renacimiento se inicia una colaboración entre la alquimia y la medicina que consigue, en la segunda mitad del siglo XVII, el reconocimiento de la farmacia como ciencia. De esta manera se deja la consideración de comerciantes para ingresar en la de profesionales liberales (38). También se originan las Farmacopeas en las que se describen listas de fórmulas oficiales y obligatorias para un determinado territorio. En las boticas de esta época contrasta la simplicidad de las localizadas en pueblos y pequeñas ciudades, con las lujosas boticas cortesanas.

El siglo XVIII constituye la consolidación de la farmacia como ciencia universitaria, aunque la gran revolución tuvo que esperar hasta comienzos del siglo XIX. El motivo fundamental es la consecución de importantes descubrimientos inmunológicos y químicos. La profesión farmacéutica se extiende de la curación de los clientes enfermos a la preservación de los ciudadanos sanos. Además, las especialidades farmacéuticas son muy complicadas para ser fabricados en las reboticas, lo que impulsa la aparición de una importante industria farmacéutica. Esta industria hace que el titular de la botica pierda parte del protagonismo que hasta esos momentos le correspondía de forma íntegra, y que pasa a manos de una industria no controlada totalmente por farmacéuticos (39).

En el siglo XX se mantiene el proceso evolutivo, surgiendo las oficinas de farmacia como sustitutas de las boticas, y elevándose el papel de la fabricación industrial sobre la elaboración artesanal (40). Esta tendencia promueve un gran desarrollo de los distribuidores farmacéuticos como intermediarios entre la industria y las oficinas, que dará lugar al nacimiento de las sociedades cooperativas farmacéuticas tal y como hoy se conocen. Por último, merece especial mención la inclusión de las prestaciones farmacéuticas dentro de

---

(37) D.L. COWEN, y W.H. HELFAND: **Historia de la farmacia**, Vol. I, Doyma S.A., Barcelona, 1992, pp. 44-50.

(38) M. BOUVET: **Historie de la Pharmacie en France, des origenes à nos jours**, Ed. Occitania, París, 1937, p. 87.

(39) Véase: R. TORRELLA VILLAFANE: "El fabricante", en VARIOS: **Principios del marketing farmacéutico**, IDEPSA, Madrid, 1989, pp. 194-200.

(40) La evolución farmacéutica en el siglo XX se encuentra reflejada en: E. ARQUIOLA: "El fármaco en la actualidad", en VARIOS: **Historia del medicamento**, Doyma S.A., Barcelona, 1984, pp. 189-198.



la cobertura de la asistencia sanitaria pública, convirtiendo a los beneficiarios de ésta en los mayores clientes de las oficinas de farmacia, tanto abiertas al público como de ámbito hospitalario.

A pesar de todas las modificaciones sufridas, la atención al cliente, para remediar o prevenir sus males, sigue siendo el cometido final y fundamental de la actividad farmacéutica en sus diferentes manifestaciones.

## **2.4. Las sociedades cooperativas en el sector de la salud.**

Una vez enunciadas las características de las sociedades cooperativas y de las empresas que actúan en el sector de la salud, es posible iniciar el análisis de las diferentes manifestaciones cooperativas en el citado sector. Para ello se establece una identificación de las mismas, para después proceder a una breve referencia histórica sobre su nacimiento y evolución.

### **2.4.1. Extensión multisectorial de las sociedades cooperativas del sector de la salud .**

Al considerar el sector de la salud como el que incluye a todas las entidades cuya actividad está directamente relacionada con la misma, se hace referencia a sociedades que actúan en diferentes subsectores. Por tanto esta extensión multisectorial se pone de manifiesto en variados tipos de sociedades cooperativas.

Dentro de las citadas entidades puede hacerse una diferenciación entre las sociedades cooperativas de asistencia sanitaria y las farmacéuticas. Además, no hay que olvidar que existen otras sociedades de igual naturaleza que por su actividad es posible incluir dentro del sector de la salud. En el último grupo pueden citarse a las sociedades cooperativas de servicios sociales, las de ambulancias, o aquellas de trabajo asociado que agrupan a cualquier colectivo relacionado con la salud. Dado su carácter, generalmente puntual y aislado, se hace referencia a las mismas en aquellos aspectos en los que presentan mayor relevancia pero no son objeto de un análisis en profundidad.

#### **A) Las sociedades cooperativas de asistencia sanitaria.**

Las cooperativas sanitarias están expresamente reconocidas en la Ley General de Cooperativas de 1987, como "Cooperativas de Seguros cuya actividad empresarial consiste en cubrir riesgos relativos a la salud de sus socios o de los asegurados y de los beneficiarios de los mismos"

(41). La misma normativa diferencia entre sociedades cooperativas sanitarias a prima fija, a prima variable y de trabajo asociado. Sin embargo, la reciente Ley Sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, mediante disposición derogatoria (42), elimina expresamente la posibilidad de que existan cooperativas de seguros de trabajo asociado.

A pesar de esta prohibición es posible la existencia de cooperativas de trabajo asociado que, siempre que asocien a personal relacionado con la salud pueden considerarse como de asistencia sanitaria o sanitarias, aunque no estén facultadas para realizar seguros.

Algunos autores sostienen que identificar a las cooperativas sanitarias únicamente con cooperativas de seguros de asistencia sanitaria supone un reconocimiento incompleto, al no incluir dentro de las mismas a las mencionadas de trabajo asociado, a las de instalaciones sanitarias, o a otras cooperativas de servicios en apoyo de la sanidad y la salud (43).

Parte de la legislación autonómica comparte la anterior teoría, ya que recogen en su normativa como cooperativas sanitarias a las de instalaciones sanitarias. Estas sociedades, cuyo fin consiste en la gestión, administración y promoción de establecimientos destinados a la prestación de servicios sanitarios a sus socios y beneficiarios, son incluidas dentro de la Ley 3/1987 como cooperativas de hospitalización, dentro del grupo de consumidores y usuarios. En adelante se hará referencia a las particularidades de las mismas.

Por último hay que tener en cuenta la posibilidad de formar sociedades cooperativas de segundo grado consideradas como sanitarias, siempre y cuando integren al menos a una cooperativa sanitaria.

Todas estas entidades van a ser consideradas como cooperativas de asistencia sanitaria, por lo que dentro de esta denominación se incluyen las cooperativas sanitarias de seguros, las cooperativas de asistencia sanitaria de trabajo asociado y las de instalaciones sanitarias u hospitalización.

---

(41) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 144.1.

(42) ESPAÑA: LEY 30/1995, de 8 de noviembre, sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, **B.O.E.** N. 268 de 9 de noviembre, art. disposición derogatoria.

(43) F. ALONSO SOTO: *Ensayos sobre la Ley de Cooperativas*, U.N.E.D., Madrid, 1990, pp. 221-223.

#### B) Las cooperativas farmacéuticas.

Su actividad consiste en la distribución de especialidades farmacéuticas y sustancias medicinales, procedentes de los laboratorios, entre sus socios. Estos son farmacéuticos, en su mayor parte, titulares de oficinas de farmacia legalmente establecidas.

Se trata de entidades cuyo capital está en manos de farmacéuticos, y que se encuentran incluidas, tanto en la legislación estatal como en la autonómica, dentro de las cooperativas de servicios.

#### C) Otras sociedades cooperativas del sector de la salud.

La amplitud del sector de la salud permite acoger en su seno a todas aquellas entidades que realicen una actividad relacionada con la misma. Entre éstas pueden citarse a las siguientes sociedades cooperativas:

- Las cooperativas de ambulancias, incluidas dentro de las de servicios, y cuya actividad consiste en realizar el transporte de enfermos.
- Las cooperativas de servicios sociales, son sociedades cooperativas de trabajo asociado que se encargan de la atención a las personas menos favorecidas, incluidas algunas prestaciones sanitarias (44). De esta forma se privatiza una actividad que inicialmente corresponde al Estado (45).
- Todas aquellas sociedades cooperativas que agrupen, generalmente bajo la forma de trabajo asociado, a profesionales relacionados con este sector.

Por tanto las sociedades cooperativas que actúan en el sector de la salud pueden clasificarse, atendiendo a su actividad y a su clasificación dentro de la vigente Ley General de Cooperativas, según queda reflejado en el cuadro 2.

---

(44) Los diferentes servicios sociales en los que actúan las cooperativas se encuentran en : E. SANCHEZ RUANO: "I fattori determinanti per la diffusione delle organizzazioni di economia sociale nell'ambito socio-sanitario. Il caso spagnolo", en VARIOS: **Innovazione e formazione nel settore socio-sanitario. Le nuove professionalità per l'economia sociale: il caso dell'Italia e della Spagna**, Franco Angeli, Milano, 1995, pp. 45 y 46.

(45) Véase: M. MIGUEL BENITO: "Gestión privada de servicios públicos: Organizaciones empresariales en la encrucijada", Ponencia presentada a las Primeras Jornadas Europeas Sobre Nuevos Modelos para la Gestión de Servicios Públicos, Valencia, 1994.

CUADRO 2. MODALIDADES DE COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD.

ACTIVIDAD	COOPERATIVAS		CLASIFICACION LEY 3/1987
ASISTENCIA SANITARIA	S E G	PRIMA FIJA	SEGUROS ASIST. SANITARIA
		PRIMA VARIABLE	SEGUROS ASIST. SANITARIA
	TRABAJO ASOCIADO		TRABAJO ASOCIADO
	HOSPITALIZACION		CONSUMIDORES Y USUARIOS
FARMACEUTICA	FARMACEUTICAS		SERVICIOS
OTRAS	AMBULANCIAS		SERVICIOS
	SERVIC. SOCIALES		TRABAJO ASOCIADO
	TODAS RELACIONADAS CON LA SALUD		

## 2.4.2. Evolución histórica de las sociedades cooperativas del sector de la salud.

A lo largo del tiempo las sociedades cooperativas del sector de la salud han evolucionado adaptándose al entorno y a las circunstancias que les rodean. En este proceso han superado muchas dificultades cuyo conocimiento es fundamental para comprender, en todo su alcance, la realidad actual de las mismas. Por ello se analiza separadamente la evolución histórica de las cooperativas de asistencia sanitaria y farmacéuticas, como principales representantes de estas entidades.

### 2.4.2.1. Evolución histórica de las cooperativas de asistencia sanitaria.

A principios del presente siglo WARBASSE promovió, en Estados Unidos, las primeras experiencias cooperativas sanitarias. Además realizó una gran labor teórica que ha quedado reflejada en un importante número de tratados (46). Sus teorías cooperativas son puestas en práctica y se extienden a otros países americanos, europeos e incluso a Japón (47).

En España los primeros antecedentes se remontan a los igualatorios, el primero de ellos fundado en Bilbao en 1934. El origen de estos igualatorios son las antiguas "iguales", por las que se establecía un convenio

(46) Entre sus obras pueden citarse: J.P. WARBASSE: *Democracia cooperativa*, Ed. Atalya, Buenos Aires, 1945; J.P. WARBASSE: "La pace cooperativa", *Collana di Studi Cooperativi*, N. 230, Roma, 1954; J.P. WARBASSE: *James Peter Warbasse, un apóstol de la Cooperación*, Fabril Editora, Buenos Aires, 1960; y J.P. WARBASSE: *Medicina Cooperativa*, Ed. Intercoop, Buenos Aires, 1964.

(47) Véase: J. MATEO BLANCO: "El cooperativismo, algunas experiencias sanitarias internacionales", *Cuadernos Cooperativos*, N. 11, Zaragoza, 1983, pp. 32-39.

entre un médico y un gran número de familias (48). Cada una de estas familias pagaba una cantidad "igual" al médico que las atendía en caso de enfermedad, sin necesidad de desembolso en ese momento.

Los Igualatorios Colegiales o Paracolegiales surgen por dos motivos fundamentales:

- El enorme progreso de la medicina hizo necesarias organizaciones más complejas.
- La situación de la asistencia sanitaria en aquellos tiempos, en los que la inexistencia del Seguro Obligatorio de Enfermedad dejaba la asistencia sanitaria en manos de entidades privadas. Estas, en la mayoría de los casos, "basaban su economía en la explotación del médico..., sin distinguirse de las demás por su calidad de servicios" (49).

El propósito de los igualatorios es la defensa de la imagen profesional y colectiva de los médicos, y del paciente como persona. Legalmente se ven obligados a adquirir la forma jurídica de sociedad anónima, ya que no se permitía a las sociedades cooperativas la práctica del seguro. Sin embargo, en sus estatutos presentan el espíritu de los principios en los que posteriormente se fundamentará el cooperativismo sanitario.

El incremento del número de igualatorios colegiales coincide temporalmente con la aparición del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Con el objetivo de cubrir todo el territorio nacional se constituye en 1955 la Agrupación de Igualatorios Colegiales y Paracolegiales de España, que en 1979 se convierte en la Asociación Española de Igualatorios Médicos Colegiales y Paracolegiales (50).

Entre los diferentes igualatorios hay que destacar, por su relación con el cooperativismo sanitario, el de Barcelona que con el nombre de Asistencia Sanitaria Colegial S.A. fue creado en 1957 al amparo del correspondiente Colegio de Médicos. Es precisamente éste el que pone en marcha y financia un Igualatorio Interprovincial con el nombre de Asistencia Sanitaria Interprovincial S.A. (ASISA), el cual logra cubrir mediante delegaciones aquellas provincias en las que no existía Igualatorio Colegial o Paracolegial. En esta tarea hay que destacar la figura de ESPRIU, principal responsable de la consecución de que ASISA, en colaboración con el resto de Igualatorios, lograra la prestación de asistencia sanitaria en las 35 provincias de España, además de Ceuta y Melilla.

Esta circunstancia permitió a ASISA firmar, durante la segunda mitad de la década de los setenta, diferentes conciertos con la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MUGEJU).

---

(48) S. MUSSONS TRULLOLS: **Sistema público de Seguridad Social y Cogestión Sanitaria Cooperativa**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Barcelona, 1988, pp. 39 y 40.

(49) CIANOFILO: **Cooperativismo sanitario**, J. Espriu Castelló, Barcelona, 1986, p. 14.

(50) A. TERRON LAMBEA: "El cooperativismo sanitario en España", **Cuadernos Cooperativos**, N. 11, CENEC, Zaragoza, 1983, p. 23

En 1974, con anterioridad a la firma de los mencionados conciertos, se había fundado la Sociedad Cooperativa de Instalaciones Sanitarias (SCIAS) como una cooperativa de consumidores o usuarios de asistencia sanitaria (51). La iniciativa partió de un grupo de directivos de Asistencia Sanitaria Colegial, con el motivo de que los asegurados de ésta pudieran intervenir en el diseño de la asistencia hospitalaria. Además, se fija como uno de sus objetivos la construcción de hospitales con los que los usuarios de salud se incorporan al cooperativismo sanitario, como una de las partes integrantes del mismo.

La década de los setenta fue también escenario de la creación de las primeras cooperativas de asistencia sanitaria cuyos socios son médicos. El resultado es el nacimiento de dos sociedades cooperativas:

- Lavinia S. Coop. es fundada en 1976 como cooperativa de servicios, cuyos socios son los médicos incluidos en los cuadros de ASISA. Un año después adquiere, a título gratuito, de Asistencia Sanitaria Colegial las acciones de ASISA, con lo que los médicos incorporados a ASISA pueden intervenir en la gestión democrática de los igualatorios.
- Autogestió S. Coop. nace en 1978 como cooperativa de trabajo asociado, en la que sus socios son los médicos de Asistencia Sanitaria Colegial S.A., los cuales son propietarios de la práctica totalidad de sus acciones.

De esta forma, se cumple la idea inicial de la formación de sociedades cooperativas a la vez que se ponen en funcionamiento dos estructuras paralelas: "En Barcelona, Asistencia Sanitaria Colegial, sociedad anónima poseída por la cooperativa Autogestió Sanitaria. Y en la totalidad del resto del Estado, ASISA, otra anónima, poseída íntegramente por otra cooperativa Lavinia" (52).

Poco a poco se logra un acercamiento a un cooperativismo sanitario integral, en el que se unen los intereses de los médicos (representados en Autogestió Sanitaria S. Coop. en Barcelona y Lavinia en el resto de España), y los usuarios de salud (incluidos en SCIAS) como protagonistas de la asistencia sanitaria. Esta iniciativa toma mayor fuerza en Cataluña, donde la legislación autonómica hace necesarias, al menos, tres sociedades cooperativas de base para formar una de segundo grado. Este hecho junto al interés por reforzar la figura del médico de cabecera, son los motores de la fundación, en 1985, de Sinera S. Coop. como cooperativa de consumo. Su ámbito se limita a Cataluña, y en ella se unen el personal facultativo y los consumidores de salud. Está constituida jurídicamente aunque aún no funciona.

---

(51) Sobre los orígenes del cooperativismo de consumo español puede consultarse: I. BUENDIA MARTINEZ: "Análisis de las cooperativas de consumidores y usuarios dentro del marco normativo e institucional de la defensa de los derechos del consumidor", en VARIOS: *La industria agroalimentaria*, Asociación de Expertos Cooperativos (A.E.C.), Lérida, N. 12, 1993, pp. 174-176.

(52) S. HERNANDEZ BENAVENTE: *Macrocooperativas y cooperativismo sanitario*, Fundación Espriu, Barcelona, 1990, p. 170.

La culminación del cooperativismo integral, ideada por ESPRIU, se completa con la creación de una cooperativa de segundo grado a la que se denominó ELAIA (53). Se trata de una sociedad cooperativa de segundo grado en la que participan como cooperativas de base SCIAS, Autogestió Sanitaria y Sinera. El objetivo es la coordinación de las sociedades cooperativas integradas, para lograr lo que podría denominarse como una medicina social.

Por último, hay que mencionar que a lo largo del tiempo se han formado diferentes entidades que pueden incluirse como cooperativas de asistencia sanitaria. En la mayoría de los casos constituyen elementos aislados dentro del cooperativismo, que buscan la protección de los médicos o de otros colectivos relacionados con la salud acogidos a la fórmula de trabajo asociado.

#### ***2.4.2.2. Evolución histórica de las cooperativas farmacéuticas.***

El individualismo de los farmacéuticos unido a la simplicidad de la antigua botica, hacen que tradicionalmente éstos vivieran aislados en sus oficinas de farmacia. Sin embargo, se puede encontrar un remoto antecedente en aquellas entidades que, aunque no sean sociedades cooperativas como tales, permitían a los boticarios abastecerse de complejos preparados magistrales, guardando siempre las características de ausencia de lucro y libertad a la hora de su adquisición (54). Así en 1531 el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona creó la Caja del Colegio, y en el siglo XVIII el Colegio de Farmacéuticos de Madrid fundó un laboratorio corporativo (55).

En el siglo XIX las oficinas de farmacia tenían una baja rentabilidad, debido al gran número de las mismas, y sobre todo a que el suministro de medicamentos estaba en manos de los almacenes de drogas, que realizaban este servicio sin ningún mecanismo de control y bajo fines mercantilistas. Esta situación hace aparecer el deseo de lograr que todo el ciclo del medicamento se encuentre en manos de Farmacéuticos. Como primer reflejo de este deseo nace, en 1839, el proyecto de creación de una sociedad farmacéutica comercial, con el nombre de Instituto Farmacéutico Español (56). La idea de constituir sociedades anónimas comerciales con el capital exclusivamente farmacéutico, toma especial relevancia en Aragón (1844) y Madrid (1845), aunque no llegan a crearse. Estos primeros intentos fructifican poco después con el nacimiento, como

---

(53) Véase: I. ORCE SATRUSTEGUI: "Experiencia en el Cooperativismo Sanitario de segundo grado", en VARIOS: **Cooperativismo Sanitario de Segundo Grado**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987, pp. 57-72.

(54) G. FOLCH JOU: **Historia de...**, "Opus cit", p. 262.

(55) RESTAURADOR FARMACEUTICO: "Editorial", **Restaurador Farmacéutico**, Año II, N. 21, 1946, p. 262.

(56) F. MALLAÍNA: "Cartas de Provincias", **Restaurador Farmacéutico**, AÑO II, N. 27, 1946, p. 371.

sociedades anónimas, de las Droguerías Farmacéuticas consideradas como antecedentes de los Centros Farmacéuticos Profesionales que hoy conviven con las sociedades cooperativas en el sector de la distribución.

En la segunda mitad del siglo XIX las sociedades cooperativas habían adquirido un importante auge en Europa. En España el sector farmacéutico pone de manifiesto su intención de incorporarse a este movimiento mediante la comisión, nombrada por el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, para estudiar la constitución de una sociedad cooperativa de seguros mutuos, de producción y de consumo. Sin embargo, la primera cooperativa farmacéutica aún tuvo que esperar (57).

A finales del siglo XIX la situación de las farmacias evoluciona con la aparición de la especialidad farmacéutica, una nueva forma de presentación de los medicamentos amparados en un nombre comercial, y dispensables en la farmacia mediante prescripción médica o demanda del consumidor. Estos productos son inicialmente producidos en el extranjero, pasando luego a efectuar su preparación en laboratorios nacionales ajenos a las reboticas. La producción se industrializa, la distribución se mantiene en manos de las droguerías al por mayor y la venta carece de normas legales lo que da lugar a prácticas comerciales abusivas (58).

Estas circunstancias hacen que el sector farmacéutico busque la creación de corporaciones para defender sus intereses profesionales, y que se de un nuevo impulso a la constitución de sociedades comerciales integradas por farmacéuticos que realicen la intermediación entre laboratorios y oficinas de farmacia. Sin embargo, la creación de sociedades cooperativas tenía dos importantes limitaciones:

- La no existencia de una legislación específica para las sociedades cooperativas, por lo que las entidades con intención de regular su vida social según los principios cooperativos se encontraban generalmente incluidas en la Ley de asociaciones de 1887.
- La denominación de "cooperativa" era asociada a la utilizada por las cooperativas obreras. Estas entidades no estaban bien vistas por los farmacéuticos, ya que contaban con farmacias propias que vendían a precios inferiores y que no siempre tenían a un farmacéutico al frente (59).

Por lo tanto surgen entidades creadas por los farmacéuticos cuyos estatutos recogen principios similares a los cooperativos pero se constituyen como sociedades anónimas. Cuando estas entidades tienen

---

(57) RESTAURADOR FARMACEUTICO: "Dictamen de la Comisión de Vigilancia sobre el proyecto de sociedades cooperativas", **Restaurador Farmacéutico**, Ns. 42-45, pp. 475, 485, 491 y 500.

(58) F. VITORES PURAS: "Cincuenta años de la Cooperación Farmacéutica", **Federación Farmacéutica**, Sección Científica, 1979, pp. 7 y 8.

(59) R. CASTAÑO SALIDO: **Las cooperativas farmacéuticas en España**, Tesis Doctoral, Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada, Granada, 1974, p. 40.



todo el capital en manos de farmacéuticos se las denomina Centros Farmacéuticos (60). Entre éstas destacan la Unión Farmacéutica Guipuzcoana (1902), el Centro Farmacéutico Nacional (1909) (61), y el intento del Colegio Oficial de Barcelona de crear una cooperativa farmacéutica con ámbito nacional (1914). Estas y otras sociedades incrementan su carácter especulativo como sociedades anónimas y van perdiendo poco a poco su carácter farmacéutico.

La primera cooperativa farmacéutica tal y como se conocen actualmente, es la Federación Farmacéutica. Se crea en Barcelona durante 1927, y sus funciones son de distribución y crédito (62). Tres años después nace el Centro Cooperativo Farmacéutico Sevillano, con el que continúa el proceso de creación de sociedades cooperativas que será seguido por otras muchas entidades. En 1931 se aprueba la primera ley sobre sociedades cooperativas, a la que se acogen las dos cooperativas citadas, a la vez que se crean otras nuevas.

La importante competencia que empiezan a realizar las cooperativas farmacéuticas hace surgir diferentes intentos, por parte de los almacenistas de drogas, para frenar el auge de estas sociedades. Entre ellos destacan los realizados en 1933 mediante el sistema de "dumping" y sobre todo el de 1945. En este último consiguen que sea aprobada una orden que suspende la actividad de las cooperativas farmacéuticas, que culmina en 1947 con la prohibición, a estas entidades, del tráfico de especialidades farmacéuticas (63). Sin embargo, la actuación de los farmacéuticos de toda España mediante una asociación informal en defensa de sus intereses, hace que en el mismo año se dicte una nueva Orden ministerial rectificando la anterior. Los intentos de presión se repiten en 1950 y 1953 pero las cooperativas farmacéuticas logran siempre sentencias a su favor (64).

Mientras tanto, las cooperativas farmacéuticas habían aumentado progresivamente, destacando sobre todo la Cooperativa Farmacéutica Española (COFARES), creada en 1944. La aprobación de la Ley de cooperación de 1942, vigente hasta 1974, constituyó el empuje definitivo de estas sociedades.

El auge logrado hacía necesario formar una agrupación de cooperativas farmacéuticas con personalidad jurídica propia, que sustituyera a la organización informal creada para defenderse de los almacenistas de drogas. Nace así, en 1960, la Agrupación de Cooperativas Farmacéuticas (ACOFAR) constituida como cooperativa de crédito, pero cuya actuación se extiende a la defensa de los intereses de sus

---

(60) G. LOPEZ GARCIA: "Un precursor", **ACOFAR**, N. 25, 1966, p. 42.

(61) Véase: ACFESA: **Antecedentes históricos de las entidades profesionales distribuidoras**, ACFESA, Memoria de 1964.

(62) ACOFAR: "Los farmacéuticos y la cooperación", **ACOFAR**, N. 24, 1966, p. 15.

(63) J. CAÑEDO FERNANDEZ: "Coloquio", **Federación Farmacéutica**, Sección Científica, 1979, pp. 14 y 15.

(64) J. CAÑEDO FERNANDEZ: "Las Cooperativas Farmacéuticas en España", **Revista de Estudios Cooperativos**, N. 10, p. 14.

socios mediante los departamentos general, comercial, de estudios y de publicaciones. En 1968 inicia su actividad crediticia que alcanza tal importancia que lleva, sólo cuatro años después, a la separación de la misma del resto de las funciones. Para ello se constituye ACOFAR-2, una cooperativa de segundo grado que posteriormente cambia su nombre por el de la Asociación de Cooperativas Farmacéuticas (ACOFARMA). Esta, con el fin de estudiar la organización comercial farmacéutica, ha creado la sociedad FARMADATA cuyos estudios son considerados como los más fiables realizados en España dentro de su especialidad (65).

Por último hay que reseñar que la cooperación internacional se ha realizado a través de la Agrupación Europea de Cooperativas Farmacéuticas (EUROCOPHAR), con sede social en París. Sus fines son la defensa de los intereses económicos y profesionales de la distribución farmacéutica cooperativa en Europa.

---

(65) F. VITORES PURAS: "Cincuenta años...", "Opus cit", p. 12.

### **3. El entorno de las sociedades cooperativas en el sector de la salud.**

Las sociedades cooperativas del sector de la salud, como el resto de entidades, actúan dentro de un entorno del que reciben múltiples influencias tanto internas como externas al propio sector. La búsqueda de oportunidades con el objeto de asegurarse los medios necesarios para su desarrollo, aumentar su dimensión, su ámbito de actividad, o para mantener los ya alcanzados están influenciados por tres factores fundamentales:

- El marco legal, que establece las normas básicas que sirven de guía al sector de la salud.
- El marco institucional, por el que se ponen de manifiesto las relaciones entre las diversas sociedades y entidades que actúan en el citado sector.
- El marco socio-económico, integrado por los diferentes vínculos de las sociedades cooperativas con sus socios y con otros colectivos que participan, directa o indirectamente, en la salud.

#### **3.1. El marco legal.**

El sector de la salud reúne a una gran diversidad de entidades que actúan de forma interactiva. La regulación de las mismas emana de una serie de normas legales, en las que se incluyen disposiciones de Derecho Mercantil junto a otras de Derecho Administrativo. Además, hay que tener en cuenta que la adhesión de España a la Unión Europea hace que surjan una serie de normas con el fin de adecuar nuestro ordenamiento jurídico a la legislación comunitaria (1).

La integración del citado conjunto de normas, relativas al sector de la salud, junto con las aplicables a las sociedades cooperativas por sus características específicas, establecen un marco legal de necesaria referencia tanto para las sociedades cooperativas de asistencia sanitaria como para las farmacéuticas.

---

(1) Sobre la incidencia del derecho europeo en la normativa española de sociedades puede verse: L. FERNANDEZ DE LA GANDARA, y A.L. CALVO CARAVACA: **Libertad de establecimiento y Derecho de Sociedades en la Comunidad Económica Europea**, Tecnos, Madrid, 1988, pp. 119-168.

### 3.1.1. El marco legal general en el sector de la salud.

#### 3.1.1.1. Antecedentes legales.

La legislación de la salud en España, a lo largo de la historia, contiene numerosas disposiciones cuyo análisis tiene entidad suficiente para un tratamiento específico. Esta es la razón, por la que este estudio se limita a mencionar las normas legales más importantes que han ido formando, en función de factores económicos, sociales y políticos, el actual sistema. Entre las mismas destacan las siguientes:

- La constitución de 1812, que asigna las competencias en materia de sanidad a los municipios (2).
- Las Leyes de Beneficencia de 1822 y 1849, que basan la asistencia en la prestación en el propio domicilio, reservándose los hospitales para los que no tienen casa o están afectados por enfermedades peligrosas para la comunidad.
- La Ley de Sanidad de 1855, que durante mucho tiempo fue la única disposición fundamental en materia de sanidad (3). En esta disposición se consagra la Dirección General de Sanidad y se establece la exclusividad de las boticas para expender medicamentos (4).
- La Instrucción General de Sanidad de 1904, que incluye dentro de las profesiones sanitarias a la medicina y a la farmacia. También establece las funciones del Ministerio de Gobernación en la vigilancia de la sanidad (5).
- El Reglamento Orgánico de Sanidad Exterior de 1917, cuyo fin primordial es impedir la importación, a territorio español, de enfermedades contagiosas (6).
- La Ley de Seguro de Enfermedad de 1942, a partir de la cual se establece la cobertura sanitaria pública (7).
- La Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, mantiene el esquema promulgado por la Ley de sanidad de 1855, donde se reconoce al Estado, ayudado por las corporaciones públicas,

---

(2) La Constitución de 1812 no fue recogida en ninguno de los boletines legales oficiales. Sin embargo ha sido publicada en: CONGRESO DE LOS DIPUTADOS Y BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO: *Constituciones Españolas*, Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado, Madrid, 1986, pp. 1-112.

(3) D. ARANZADI: *Nuevo diccionario de legislación*, Aranzadi S.A., Pamplona, 1977, p. 765.

(4) ESPAÑA: LEY de 28 de noviembre de 1855, por la que se aprueba la Ley de Sanidad, G.M. N. 1608, de 7 de diciembre.

(5) ESPAÑA: REAL DECRETO de 12 de enero de 1904, Instrucción General de Sanidad, G.M. Ns. 22 y 23, de 22 y 23 de enero.

(6) ESPAÑA: REAL DECRETO de 3 de marzo de 1917, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de Sanidad Exterior, G.M. N. 69, de 10 de marzo.

(7) ESPAÑA: LEY de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro de enfermedad obligatorio, B.O.E. N. 361, de 27 de diciembre.

como único responsable de la función pública de sanidad. Incluye a los servicios farmacéuticos entre los centrales del Estado, dedicándoles la base decimosexta (8).

- La Ley sobre perfeccionamiento y Financiación de la Seguridad Social de 1972 (9).
- Ley de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública cuyo fin es la protección de cualquier peligro para la salud pública (10).

### **3.1.1.2 Legislación vigente.**

El amplio entramado legislativo entorno a la Salud tiene su reconocimiento en la Constitución de 1978. Esta norma se complementa con numerosas disposiciones de diferente rango entre las que destacan la Ley General de Seguridad Social y la Ley General de Sanidad. A continuación se hace referencia a cada una de las tres normas básicas citadas:

#### **3.1.1.2.1. La Constitución de 1978.**

Como ya se ha señalado, la Constitución Española de 1978 recoge en su articulado numerosas menciones relacionadas con la salud. Así destacan (11):

- El reconocimiento del derecho a la salud y la competencia de los poderes públicos para su organización y tutela.
- La seguridad e higiene en el trabajo.
- El mantenimiento de un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, permitiendo la participación del sector privado en las prestaciones complementarias.
- Protección y mejora de la calidad de vida y el medio ambiente.
- La protección de la salud de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, de la tercera edad, y de los consumidores y usuarios.
- Se asignan las competencias en materia de sanidad al Estado y a las Comunidades Autónomas.

---

(8) ESPAÑA: LEY de 25 de noviembre de 1944, de Bases en Sanidad, **B.O.E.** N. 331, de 26 de noviembre. Esta norma fue degradada a rango de reglamentario por la Ley 14/1986, a la que posteriormente se hace referencia.

(9) ESPAÑA: LEY 24/1972 de 21 de junio, sobre financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del régimen general de la Seguridad Social, **B.O.E.** N. 149, de 22 de junio.

(10) ESPAÑA: LEY ORGANICA 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública, **B.O.E.** N. 102, de 29 de abril.

(11) ESPAÑA: CONSTITUCION ESPAÑOLA..., "Opus cit", arts. 43, 40.2, 41, 45, 49, 50, 51, 148 y 149.

Del articulado constitucional relacionado con la salud se desprenden cuatro ideas fundamentales (12):

- \* La protección de la salud se reconoce como uno de los derechos de los ciudadanos denominados como sociales, que se conforma entre los principios rectores de la política social y económica.
- \* La competencia para la prevención y prestación de servicios sanitarios, queda incluida entre los cometidos de los poderes públicos.
- \* Se establece de forma explícita que la concreción de derechos y deberes relativos a la salud será establecida y regulada por Ley. Este mandato se concretó con la Ley General de Sanidad.
- \* Por otra parte la Constitución configura la Seguridad Social como un régimen público, aunque permite que las prestaciones complementarias sean cubiertas por entidades privadas. Además, se establece un nuevo sistema de Seguridad Social basado en la transferencia de competencias en materia de asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas.

### 3.1.1.2.2. La Ley General de Seguridad Social.

El sistema de Seguridad Social se ha configurado a lo largo del tiempo, a partir de la Ley de Seguro de Enfermedad de 1942, a través de diversas disposiciones legales. La norma básica que ha regulado desde 1974 la cobertura sanitaria pública es la Ley General de Seguridad Social (13), por la que se refunden la Ley de Bases de 1966 y la Ley sobre perfeccionamiento y Financiación de la Seguridad Social de 1972. La citada Ley General ha sufrido sucesivas reformas, entre las que destaca la Ley de Medidas Urgentes para la Racionalización de la Estructura y la Acción Protectora de la Seguridad Social (14), que han llevado a la aprobación en 1994 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social (15). Dicha norma junto a la Ley General de Sanidad de 1986 forman el esqueleto básico sobre el que se establece el actual sistema de salud español. Sus principios básicos son:

- Consideración conjunta de las contingencias.

La Seguridad Social tiende a reparar las situaciones protegibles con independencia de cual sea su causa.

---

(12) E. ARROJO: "El Sistema Nacional de Salud. La Universalización de la Asistencia Sanitaria", **Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4, junio-septiembre 1988, pp. 6 y 7.

(13) ESPAÑA: DECRETO 2065/1974 de 30 de mayo, por el que se refunde y aprueba la Ley General de Seguridad Social, **B.O.O.E.** Ns. 173 y 174, de 20 y 22 de julio.

(14) ESPAÑA: LEY 26/1985 de 31 de julio, por el que se aprueba la Ley de medidas urgentes para la racionalización de la estructura y la acción protectora de la Seguridad Social, **B.O.E.** N. 183 de 1 de agosto; Corrección de errores en **B.O.E.** N. 66, de 18 de marzo de 1986.

(15) ESPAÑA: REAL DECRETO 1/1994 de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social, **B.O.E.** N. 146, de 18 de junio.

- Uniformidad de las prestaciones.

Se pretende que todas las prestaciones se calculen sobre las mismas bases.

- La Seguridad social integra un régimen general, y varios regímenes especiales y voluntarios.
- Racionalización y simplificación gestora (16).
- Saneamiento financiero.

El sistema financiero establecido es analizado más abajo al tratar los flujos financieros, aunque conviene adelantar que utiliza aportaciones estatales y aportaciones por cotización social.

#### 4.1.1.2.3. La Ley General de Sanidad.

Con la Ley General de Sanidad de 1986 (17) se concreta el mandato constitucional de regular por Ley los derechos y deberes relativos a la salud. Su objetivo consiste en la integración de todos los subsistemas sanitarios públicos en el Sistema Nacional de Salud. La nueva estructura reúne bajo la coordinación del Estado, a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, "fijando medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica... y la acción conjunta de la Administraciones Públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud" (18).

Hasta que no se complete la transferencia a las Comunidades Autónomas en materia de Seguridad Social, conviven el sistema establecido por la Ley General de Seguridad Social de 1994, con el Sistema Nacional de Salud. Los principales objetivos de esta normativa son (19):

- Extensión a toda la población de la protección de la salud.
- Igualdad en el acceso y en las prestaciones.
- Participación de la comunidad en la formulación, control y ejecución de la política sanitaria.
- Organizar la atención integral, que incluye desde la prevención hasta rehabilitación.
- Informar a los usuarios de los servicios sanitarios y derechos a los que pueden acceder, así como de los requisitos y obligaciones para lograrlos.
- Corrección de los desequilibrios territoriales y sociales.
- Logro de altos niveles de calidad sanitaria.

---

(16) Mediante: ESPAÑA: REAL DECRETO-LEY 36/1978 de 16 de diciembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, B.O.E. N. 276 de 18 de noviembre, se suprime el Instituto Nacional de Previsión y se reduce el número de Mutualidades Laborales integrándolas en el en el Instituto Nacional de Seguridad Social.

(17) ESPAÑA: LEY 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, B.O.E. N. 102, de 29 de abril.

(18) "Ibid.", art. 73.

(19) "Ibid.", arts. 1, 3, 5, 6, 9, 12 y 46.

El sector farmacéutico de la salud tiene dedicado íntegramente el Título V, estableciendo que corresponde a la Administración Sanitaria del Estado valorar la idoneidad sanitaria de los medicamentos y demás productos y artículos sanitarios, con el fin de controlar su calidad y autorizar su circulación. Para ello se establecen normas referentes a la fabricación, transporte y almacenamiento de estos productos.

El título tercero de la citada Ley, establece una nueva estructura institucional que refleja las conclusiones de la conferencia de Alma-Ata y la Carta de Ottawa (20). Se busca la descentralización e integración a través de las Áreas de Salud, que son analizadas más adelante al estudiar el marco institucional.

Sobre el sistema de financiación se da una mayor importancia a los ingresos vía presupuestos del Estado, aunque se mantienen las cotizaciones y tasas por prestación de servicios (21).

### **3.1.2. El marco legal específico de las sociedades cooperativas de salud.**

Tras analizar el marco legal del sector de la salud, es necesario hacer referencia a las disposiciones que afectan a las sociedades cooperativas como tales. El citado estudio contiene las normas que rigen actualmente a estas sociedades, pero también hace una obligada referencia a sus antecedentes históricos.

#### ***3.1.2.1. Antecedentes legales del cooperativismo de la salud.***

Las sociedades cooperativas de la salud no han permanecido aisladas de las diferentes normativas legales que se han ido sucediendo a lo largo del tiempo. Sus características actuales son, en buena parte, producto de la legislación general española, pero sin olvidar la existencia de algunas iniciativas autonómicas en este campo. Para determinar la naturaleza específica de las cooperativas farmacéuticas y de asistencia sanitaria, resulta oportuno el estudio de los antecedentes normativos de ambas en apartados diferentes, haciendo una distinción entre la legislación general y la autonómica.

---

(20) A. MUÑOZ MACHADO: *Los sistemas...*, "Opus cit", pp. 38-40 y 55-56. En esta obra se realiza un análisis de la Conferencia de Alma-Ata (1978) y de la Carta de Ottawa (1986), en las que resalta la intervención de los pueblos en la organización y control del sistema de salud y de la importancia de la atención primaria.

(21) E. ALBI, C. CONTRERAS, J.M. GONZALEZ-PARAMO, e I. ZUBIRI: *Teoría de la Hacienda Pública*, Ariel Economía, Barcelona, 1992, p. 186.



### 3.1.2.1.1. Antecedentes legales para las cooperativas de asistencia sanitaria.

#### 3.1.2.1.1.1. Antecedentes en la legislación general.

La denominación de cooperativismo sanitario nació ligada a la legislación de seguro, como parte de una de las ramas del mismo. Por tanto sus orígenes dispositivos deben buscarse dentro de la citada normativa y en la legislación estrictamente cooperativa (22):

- El primer antecedente en el Derecho histórico español en la rama del seguro es la Ley de 14 de mayo de 1908 (23), en la que no se menciona expresamente a las sociedades cooperativas, pero sí a entidades sin ánimo de lucro.
- La Real Orden de 31 de marzo de 1925 (24) constituye el primer antecedente directo. En esta disposición se sometía a la inspección de la Comisaría Sanitaria, creada por esta misma Ley, a determinadas entidades entre las que se encuentran las cooperativas de asistencia médica.
- La Real Orden de 10 de febrero de 1926 (25) por la que se aprobó el Reglamento Provisional de las Sociedades de Asistencia pública médico-farmacéutica, en el que se regulan las cooperativas sanitarias (26).
- La Ley y Reglamento de Sociedades Cooperativas de 1931, elevadas a rango de Ley por las Cortes de la Segunda República en el mismo año (27), que recogía a las cooperativas de seguros aunque sin hacer referencia a las de asistencia sanitaria.
- La Orden ministerial de 21 de octubre de 1935 (28) que en opinión de PAZ (29) permite la actuación de las cooperativas de seguros o de una sección especializada de seguros dentro de sociedades cooperativas de otras clases.

---

(22) Para estudiar otros antecedentes, F. DEL CAÑO ESCUDERO: "El marco normativo del sector de seguros español", **Hacienda Pública Española**, N. 98, 1986, p. 62.

(23) ESPAÑA: LEY de 14 de mayo de 1908, de Control de la actividad aseguradora, **G.M.** N. 136, de 15 de mayo.

(24) ESPAÑA: REAL ORDEN de 31 de marzo de 1925, *General de Sanidad*, **G.M.** N. 91, de 1 de abril, art. 2.

(25) ESPAÑA: REAL ORDEN de 10 de febrero de 1926, por la que se aprueba el Reglamento provisional para las Sociedades de Asistencia pública médico-farmacéutica, **G.M.** N. 43, de 12 de febrero, art. 5.

(26) M. GUERRERO DE CASTRO: "El seguro de asistencia sanitaria y sus principales problemas", **Hacienda Pública Española**, N. 98, 1986, pp. 216 y 217.

(27) ESPAÑA: LEY de 4 de julio de 1931, de Sociedades Cooperativas, **G.M.** N. 188, de 7 de julio; y su reglamento aprobado por REAL DECRETO de 2 de octubre de 1931, **G.M.** N. 249, de 21 de octubre.

(28) ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 21 de octubre de 1935, sobre normas para la clasificación de las cooperativas de seguro, ahorro y crédito, **G.M.** N. 294, de 23 de octubre.

- Tras estas disposiciones es necesario trasladarse al año 1942 en el que ni la Ley de Cooperativas de ese mismo año, ni su Reglamento (30), hacen ninguna mención expresa sobre las cooperativas de asistencia sanitaria.
- Lo mismo ocurre con la posterior Ley de Cooperativas 52/1974 (31) que remite la clasificación de las sociedades cooperativas a las posteriores normas reglamentarias. El reglamento al que se refiere dicha ley se aprobó en 1978, afirmando (32) la posibilidad de que existan Mutualidades de Seguros promovidas por sociedades cooperativas, aunque sin mencionar a las cooperativas de seguros en la clasificación que recoge.
- La Ley 33/1984 de Ordenación del Seguro Privado reconoce a las sociedades cooperativas la posibilidad de realizar, entre otros, el seguro de asistencia sanitaria. Esta facultad se aplica para las cooperativas sanitarias de seguros a prima fija, a prima variable y de trabajo asociado (33). Posteriormente se aprobó su reglamento, que actualmente sigue vigente hasta nuevo desarrollo, y las diferentes modificaciones a las que éstos han sido sometidos (34).
- EL Real Decreto 1034/1985 (35), que añade las cooperativas de seguros a la lista de trece entidades contenidas en el Reglamento del 78.

---

(29) N. PAZ CANALEJO: "Las Cooperativas de Seguros", *Revista Española de Seguros*, N. 29, 1982 (primer trimestre), p. 99.

(30) ESPAÑA: LEY de 2 de enero de 1942, de Cooperativas, *B.O.E.* N. 12 de 12 de enero, y su reglamento aprobado por DECRETO de 11 de noviembre de 1943, *B.B.O.O.E.* Ns. 55,76, de 24 de febrero y 16 de marzo de 1944.

(31) ESPAÑA: LEY 52/1974 de 19 de diciembre, General de Cooperativas, *B.O.E.* N. 305, de 21 de diciembre.

(32) ESPAÑA: REAL DECRETO 2710/1978 de 16 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de aplicación a las Sociedades Cooperativas reguladas por la Ley 52/1974, de 19 de diciembre de noviembre, *B.B.O.O.E.* Ns. 275, 276 y 277, del 17, 18 y 20, art. 26.

(33) ESPAÑA: LEY 33/1984 de 2 de agosto, de Ordenación del Seguro Privado, *B.O.E.* N. 186, de 4 de agosto, arts. 15.1.a, 15.1.b, y 15.1.c.

(34) La Ley de Ordenación del Seguro Privado fue modificada, para adaptarla al Tratado de Adhesión de España a la Unión Europea, por: ESPAÑA: REAL DECRETO 1255/1986, de 6 de junio, por el que se modifica la Ley 33/1984 de Ordenación del Seguro Privado para adaptarla a los compromisos derivados del Tratado de Adhesión de España a la Comunidad Económica Europea, *B.O.E.* N. 153, de 27 de junio.

(35) ESPAÑA: REAL DECRETO 1034/1985 de 5 de junio, sobre cooperativas de seguros, que añaden las cooperativas de seguros a la lista del artículo 96 del Reglamento de Cooperativas de 1978, y adapta el artículo 122 al artículo 15 de la Ley de Ordenación del Seguro Privado 33/1984, *B.O.E.* N. 156 de 1 de julio.

### 3.1.2.1.1.2. Antecedentes en la legislación autonómica.

Existen en Cataluña dos antecedentes históricos preconstitucionales que datan de 1934 (36), que son los siguientes:

- La Ley de Bases de la Cooperación para Cooperativas, Mutualidades y Sindicatos agrícolas de 1934, que incluye a las cooperativas de previsión y seguros entre las mutualidades (37).
- La Ley de Cooperativas de 17 de marzo de 1934, promulgada para desarrollar la Ley anterior de ese mismo año, incluye entre las de seguros a las de bienes muebles e inmuebles (38).

Después de la Constitución de 1978 son aprobadas diferentes Leyes autonómicas de cooperativas. Entre éstas, las de las Comunidades Autónomas del País Vasco y Cataluña no están vigentes actualmente, por lo que pueden incluirse también como antecedentes:

- La Ley de la Comunidad Autónoma Vasca 1/1982 (39).
- La Ley de la Comunidad Autónoma Catalana 4/1983 (40).
- Las citadas normativas fueron objeto de recursos anticonstitucionales en artículos puntuales de las mismas aceptados por el Tribunal Constitucional, lo que obligó a modificar ambas leyes mediante nuevas disposiciones que sustituyeron a los artículos afectados (41).
- La Ley de cooperativas de la Comunidad Autónoma de Cataluña fue reformada por la Ley 13/1991 (42).

---

(36) F. MARTI QUEIXALOS: "Ensayos sobre la Ley de Bases de la Cooperación de la Generalitat de Cataluña de 1934 y su posterior implicación en la legislación española", *Tribuna Cooperativa*, Ns. 28-31, 1977, p. 69.

(37) COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY de 17 de febrero de 1934, de Bases de la Cooperación para Cooperativas, Mutualidades y Sindicatos agrícolas, **D.O.G.C.** N. 51 de 20 de febrero, art. 12.4.

(38) COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY de 17 de marzo de 1934, de Cooperativas, **D.O.G.C.** N. 81 de 22 de marzo, art. 9.3.

(39) COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 1/1982 de 11 de febrero, sobre cooperativas del País Vasco, **B.O.P.V.** N. 33, de 10 de marzo.

(40) COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY 4/1983 de 9 de marzo, de cooperativas de Cataluña, **D.O.G.C.** N. 313, del 18 de marzo.

(41) COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 1/1984 de 30 de octubre de 1984, por la que se modifica la disposición final primera de la Ley 1/1982, de 11 de febrero, sobre cooperativas, **B.O.P.V.** N. 188, de 13 de noviembre, **B.O.E.** N. 280, de 22 de noviembre; y COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY de 20 de marzo de 1984, por la que se modifica el artículo 85 de la Ley 4/1983 de cooperativas de Cataluña, **D.O.G.C.** N. 422, de 4 de abril, y **B.O.E.** N. 107, de 4 de mayo; COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY 29/1985 de 27 de diciembre, por la que se modifica la disposición transitoria segunda de la Ley 4/1983, de 9 de marzo, de cooperativas de Cataluña, **B.O.E.** N. 57, de 7 de marzo de 1986, y **D.O.G.C.** N. 633, de 8 de enero.

(42) COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY 13/1991 de 1 de julio, de reforma de la Ley de Cooperativas de Cataluña, **B.O.E.** N. 188, de 7 de agosto, y **D.O.G.C.** N. 1469 de 19 de julio.

En las mencionadas leyes no se recogía a las cooperativas sanitarias de forma expresa pero permiten su constitución al amparo de las mismas. La Ley de la Comunidad Autónoma del País Vasco fue derogada en 1993, mientras que las leyes de la Comunidad Autónoma Catalana fueron refundidas en 1992, para dar lugar a la legislación vigente que es analizada más abajo.

### 3.1.2.1.2. Antecedentes legales para las cooperativas farmacéuticas.

#### 3.1.2.1.2.1. Antecedentes en la legislación general.

Aunque el Código de Comercio recoge a las sociedades cooperativas (43), las primeras cooperativas farmacéuticas nacieron como asociaciones, al amparo de la Ley de Asociaciones de 1887 (44) y bajo la Real Orden de 18 de noviembre de 1903 (45). Esta última aclara la forma de actuación de las asociaciones para que sean consideradas cooperativas y limita a las cooperativas de producción crédito y consumo el suministro de productos a los que no sean asociados a las mismas. El motivo por el que las primeras cooperativas farmacéuticas se acogen a la citada Ley de Asociaciones es la inexistencia de una legislación específica. Se crean así la Federación Farmacéutica de Barcelona, en 1928, y el Centro farmacéutico Sevillano dos años más tarde.

A partir de este momento se suceden una serie de disposiciones en materia de cooperativas, pero no afectan directamente a las farmacéuticas. Hubo que esperar hasta la Ley y Reglamento de Sociedades Cooperativas de 1931 (46), para encontrar una referencia explícita dentro de una Ley de cooperativas. La citada norma dividía a las sociedades cooperativas en cuatro tipos: de consumidores, de crédito, mixtas y de productores. Dentro de estas últimas se incluye a las de profesionales que se dividen en diez clases. La séptima corresponde a las comerciales, dentro de las cuales se encuadraban las farmacéuticas.

La Ley de Cooperación de 1942 y su reglamento (47), en su capítulo segundo, incluyen a las cooperativas farmacéuticas dentro de las industriales, y las define como: "...las que realizan funciones referentes a las diversas ramas de la industria, encaminando sus esfuerzos al mejoramiento técnico-social de su

---

(43) N. AMOROS RICA: *El régimen económico y fiscal de las cooperativas españolas*, Derecho Financiero, Madrid 1952, p. 32.

(44) ESPAÑA: LEY de 30 de junio de 1887, de Asociaciones, G.M. N. 193, de 12 de julio.

(45) ESPAÑA: REAL ORDEN de 18 de noviembre de 1903, que limita a determinadas cooperativas suministrar productos a personas ajenas a sus socios, G.M. N. 336, de 2 de diciembre.

(46) ESPAÑA: LEY de 4 de julio de 1931..., "Opus cit"; y su reglamento aprobado por REAL DECRETO de 2 de octubre de 1931..., "Opus cit".

(47) ESPAÑA: LEY de 2 de enero de 1942..., "Opus cit".

explotación". Esta misma Ley hace posible constituir cooperativas de crédito, a raíz de la cual nace la Agrupación de Cooperativas Farmacéuticas (ACOFAR) como cooperativa de crédito de los farmacéuticos.

Posteriormente, los almacenistas de drogas inician un proceso de presión a las cooperativas farmacéuticas, que lleva implícito una serie de disposiciones legales que hacen referencia específica a estas sociedades. Así en 1947 se promulga una Orden Ministerial (48) en la que se prohíbe a las cooperativas farmacéuticas el comercio con productos que no precisen de manipulación ni transformación ulterior para su venta al público. Esta disposición fue recurrida con la consecución de sentencia favorable en ese mismo año (49). Así se logra que las cooperativas farmacéuticas puedan continuar sus actividades tal y como venían haciéndolo antes de la citada Orden (50).

La presión sobre las cooperativas farmacéuticas se sucede mediante instancias, informes y recursos. Entre éstos hay que destacar la Orden Ministerial de 1953 (51), por la que se vuelve a poner en vigencia la prohibición de 1947, aunque posteriormente fue recurrida ante el Tribunal Supremo con resolución a favor en sentencia de 1955.

En 1971 se aprueba el Reglamento de Cooperación (52) que sigue incluyendo a las cooperativas farmacéuticas dentro de las industriales. Es importante mencionar que con esta norma aparecen las sociedades cooperativas de segundo grado, lo que permite la creación de la Asociación de Cooperativas Farmacéuticas (ACOFARMA) (53).

A partir del Reglamento de Cooperativas de 1978 (54), que establece las clases de sociedades cooperativas según el mandato de la Ley General de Cooperativas de 1974 (55), las cooperativas farmacéuticas se clasifican legalmente como cooperativas de servicios.

---

(48) ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 26 de abril de 1947, sobre normas de régimen interno para cooperativas farmacéuticas, **B.O.E.** N. 143, de 23 de mayo, art. 2.

(49) ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 22 de julio de 1947, para la rectificación de la Orden Ministerial de 26 de abril de 1947, **B.O.E.** N. 227, de 15 de agosto.

(50) J. POCH FEIXAS: **Origen y desarrollo del movimiento cooperativo español**, Grupo Técnico de Cooperativas Farmacéuticas, Madrid, 1957, p. 19.

(51) ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 23 de marzo de 1953, que prohíbe a las cooperativas farmacéuticas el comercio con los productos que no precisen de manipulación ni transformación ulterior para su venta al público, **B.O.E.** N. 82, de 23 de marzo.

(52) ESPAÑA: DECRETO 2396/1971 de 13 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de Cooperación, **B.O.E.** N. 242, de 9 de octubre. Corrección de errores en **B.B.O.O.E.** Ns. 264 y 110, de 4 de noviembre de 1971 y 8 de mayo de 1972.

(53) J.L. DEL ARCO ALVAREZ: "Génesis y breve análisis crítico del nuevo Reglamento de Cooperativas", **Revista de Estudios Cooperativos**, Ns. 24 y 25, septiembre-diciembre de 1971 y enero-abril de 1972, p. 4.

(54) ESPAÑA: REAL DECRETO 2710/1978..., "Opus cit", art. 117.

(55) ESPAÑA: LEY 52/1974..., "Opus cit", art. 49.

### **3.1.2.1.2.2. Antecedentes en la legislación autonómica.**

Como antecedente en la legislación autonómica hay que citar la Ley de Cooperativas de Cataluña de 1934, desarrollada por la Ley de Cooperativas de ese mismo año (56), en la que, con criterios similares a la Ley de Cooperativas de 1931, recoge a las farmacéuticas de forma expresa (57).

Por otra parte también las normas postconstitucionales autonómicas no vigentes en la actualidad (58), incluyen a las cooperativas farmacéuticas dentro de las de servicios, con criterios similares a los establecidos en la Ley General de Cooperativas de 1987. En este sentido hay que destacar la Ley de 1984 de modificación del artículo 84 de la Ley de Cooperativas de la Comunidad Autónoma de Cataluña de 1983 (59), por el que se corrige la constitución del Fondo de Reserva Obligatorio de las cooperativas de servicios.

### **3.1.2.2. Las sociedades cooperativas del sector salud en la legislación vigente.**

Las sociedades cooperativas que actúan en el sector de la salud están afectadas por dos tipos de normas dentro del derecho positivo; las aplicables a la sociedad cooperativa como persona jurídica y las relativas a la actividad sanitaria o farmacéutica que desarrollan.

#### **3.1.2.2.1. La sociedad cooperativa como persona jurídica.**

La Constitución establece que los poderes públicos deben promover, mediante una legislación adecuada las sociedades cooperativas (60). A tales efectos se promulgó la Ley 3/1987 General de Cooperativas, con carácter estatal, y una serie de estatutos que establecen la competencia de las Comunidades Autónomas en materia de sociedades cooperativas (61).

---

(56) COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: Ley de 17 de febrero de 1934..., "Opus cit", desarrollada por la Ley de 17 de marzo de 1934..., "Opus cit".

(57) L. SAMORA RIVAS: "La cooperativa: su concepto", ACOFAR, N. 82, febrero de 1973, p. 9.

(58) La normativa postconstitucional autonómica no vigente es la siguiente: COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 1/1982..., "Opus cit"; COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY 4/1983..., "Opus cit"; y COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY 13/1991..., "Opus cit".

(59) COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY de 20 de marzo de 1984..., "Opus cit", art. único.

(60) ESPAÑA: CONSTITUCION ESPAÑOLA..., "Opus cit", art. 129.2.

(61) Sobre la naturaleza de las Comunidades Autónomas ver: A. GALLEGU ANABITARTE: "Derecho Administrativo I. Materiales", Cofás S.A., Madrid, 1989.

### **3.1.2.2.1.1. Las sociedades cooperativas en la legislación estatal.**

La Ley General de Cooperativas de 1987 (62) deroga la anterior Ley de 1974 así como su Reglamento. Se trata de un amplio texto, referencia obligada al estudiar a las sociedades cooperativas, que a diferencia de lo que ocurría con sus antecesores no ha necesitado la promulgación de un reglamento posterior.

También hay que hacer mención a la Ley 20/1990 (63). sobre el régimen fiscal de las sociedades cooperativas y a la Ley de Cooperativas de Crédito de 1989 (64), la última de las cuales queda fuera de los objetivos de este trabajo.

### **3.1.2.2.1.2. Las sociedades cooperativas en la legislación autonómica.**

Los estatutos de algunas de las Comunidades Autónomas, establecen competencia exclusiva de las mismas en relación a las sociedades cooperativas. Concretamente los estatutos de las Comunidades Autónomas: del País Vasco (65), de Cataluña (66), de Andalucía (67), de Valencia (68) y de Navarra (69), hicieron posible la regulación legislativa de las sociedades cooperativas por parte de los citados Parlamentos Autonómicos mediante la promulgación de las respectivas Leyes autonómicas de Cooperativas (70).

De esta forma el cuadro legislativo autonómico, en materia cooperativa, queda de la siguiente manera:

- Ley 2/1985 de Cooperativas de la Comunidad Autónoma de Andalucía (71).
- Ley 12/1989 de Cooperativas de la Comunidad Autónoma de Navarra (72).

---

(62) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit".

(63) ESPAÑA: LEY 20/1990 de 19 de diciembre, sobre el Régimen Fiscal de Cooperativas, **B.O.E.** N. 304 de 20 de diciembre.

(64) ESPAÑA: LEY 13/1989 de 26 de mayo, de cooperativas de crédito, **B.O.E.** N. 129, de 31 de mayo.

(65) ESPAÑA: LEY ORGANICA 3/1979 de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía del País Vasco, **B.O.E.** N. 306, de 22 de diciembre, art. 10.23.

(66) ESPAÑA: LEY ORGANICA 4/1979 de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Cataluña, **B.O.E.** N. 306, de 22 de diciembre, art. 9.21.

(67) ESPAÑA: LEY ORGANICA 6/1981 de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía de Andalucía, **B.O.E.** N. 9, de 11 de enero de 1982, art. 13.20.

(68) ESPAÑA: LEY ORGANICA 5/1982 de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, **B.O.E.** N. 164, de 10 de julio, art. 31.21.

(69) ESPAÑA: LEY ORGANICA 13/1982 de 10 de agosto, de reintegración y mejora del Régimen Foral de Navarra, **B.O.E.** N. 195, de 16 de agosto, art. 44.27.

(70) Sobre la evolución de la normativa cooperativa en la legislación autonómica puede verse: J.M. MONTOLIO: "Reformas cooperativas en el Estado español: presente y futuro", **Noticias de la Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 14, pp. 28-31.

(71) COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA: LEY 2/1985 de 2 de mayo, sobre cooperativas de Andalucía, **B.O.J.A.** N. 42, de 4 de mayo.

(72) COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA: LEY FORAL 12/1989 de 3 de julio, de cooperativas de Navarra, **B.O.N.** Ns. 84 y 85, de 7 y 10 de julio.

- Texto refundido 1/1992 de las Leyes 4/1983 y 13/1991 de Cooperativas de la Comunidad Autónoma de Cataluña (73).
- Ley de Cooperativas de la Comunidad Autónoma del País Vasco 4/1993 (74), por la que se deroga la Ley 1/1982, primera autonómica postconstitucional en materia cooperativa.
- La Ley de Cooperativas de la Comunidad Autónoma Valenciana 11/1985 (75) complementada por la Ley 3/1995 de Cooperativas de la misma Comunidad Autónoma (76).

Otras Comunidades Autónomas pueden asumir la transferencia de competencias en materia cooperativa en un corto plazo (77).

La Ley General de Cooperativas de 1987 tiene el carácter de derecho supletorio, para subsanar las lagunas o deficiencias de las normas autonómicas. Por tanto es aplicable a todas las sociedades cooperativas con domicilio social en territorio español, aunque las que pertenezcan a una Comunidad Autónoma que hayan regulado dichas sociedades sólo les será aplicable de forma supletoria.

### 3.1.2.2.2. Legislación por la actividad de las sociedades cooperativas.

#### 3.1.2.2.2.1. Actividad sanitaria.

Esta actividad es realizada tanto por las cooperativas sanitarias de seguros, como por las de trabajo asociado y por las de hospitalización.

Con respecto a las primeras, la Constitución (78) dispone que el Estado tiene competencia exclusiva sobre las bases de ordenación de seguros, de tal forma que se garanticen unas reglas uniformes a partir de las cuales las Comunidades Autónomas puedan ejercer su competencia.

---

(73) COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: DECRETO LEGISLATIVO 1/1992 de 10 de febrero, por el que se refunden las Leyes de cooperativas de Cataluña, 4/1983, de 9 de marzo, y la LEY 13/1991 de 1 de julio, D.O.G.C. N. 1563 de 2 de marzo; y LEY 14/1993 de 25 de noviembre, de modificación del Decreto Legislativo 1/1992, B.O.E. N.311, de 29 de diciembre, y D.O.G.C. N. 1829, de 3 de diciembre.

(74) COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 4/1993 de 24 de junio, sobre cooperativas en el País Vasco, B.O.P.V. N. 135, de 19 de julio.

(75) COMUNIDAD AUTONOMA VALENCIANA: LEY 11/1985 de 25 de octubre, sobre cooperativas de la Comunidad Valenciana, B.O.C.V. N. 54, de 4 de marzo de 1986.

(76) COMUNIDAD AUTONOMA VALENCIANA: LEY 3/1995 de 2 de marzo, de cooperativas de la Comunidad Valenciana, B.O.E. N. 101, de 28 de abril.

(77) ESPAÑA: LEY ORGANICA 9/1992 de 23 de diciembre, por la que se incrementan las competencias de determinadas Comunidades Autónomas, B.O.E. N. 308, de 24 de diciembre, art. 2.c.

(78) ESPAÑA: CONSTITUCION ESPAÑOLA..., "Opus cit", art. 149.1,11.



En cumplimiento de esta competencia la Ley General de Cooperativas 3/1987 es la primera en definir y regular las cooperativas sanitarias como "cooperativas de seguros cuya actividad consiste en cubrir riesgos relativos a la salud de sus socios o de los asegurados y de los beneficiarios de los mismos" (79).

Por su parte, cuando la actividad aseguradora cubra los riesgos relativos a la salud de los socios o los beneficiarios de éstos, serán aplicables las normas contenidas en dicha Ley para las cooperativas de seguros a prima fija. Por tanto la Ley 3/1987 no menciona expresamente a las cooperativas sanitarias a prima variable, pero hace una remisión a las cooperativas de seguros, que en la misma Ley son recogidas en tres modalidades:

- Cooperativas a prima fija.
- Como cooperativas a prima variable.
- Cooperativas de trabajo asociado.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la reciente Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado impide la realización de seguros a las cooperativas de trabajo asociado. Sin embargo, no se elimina expresamente esta modalidad dentro de las denominadas como sanitarias, por lo que puede interpretarse que las mismas pueden existir aunque sin realizar seguros.

Estas cooperativas sanitarias de trabajo asociado, se rigen por las normas establecidas en la Ley General de Cooperativas de 1987 para las cooperativas de trabajo asociado (80). La citada Ley no dice nada sobre la posibilidad de incorporar únicamente a personal sanitario. Además, permite que un grupo de personas ajeno a la salud pueda formar una cooperativa de trabajo asociado considerada como sanitaria (81).

Por su parte, las cooperativas de Instalaciones sanitarias son recogidas en la Ley General de Cooperativas de 1987 como cooperativas de hospitalización, incluyéndolas dentro de las de consumidores y usuarios (82).

En la legislación autonómica pueden diferenciarse tres posturas seguidas por los legisladores en referencia a las cooperativas de asistencia sanitaria:

- A) La Ley de la Comunidad Autónoma Andaluza no reconoce de forma expresa a las cooperativas sanitarias, pero dejan abierta la posibilidad de constituir las al amparo de la citada norma (83).

---

(79) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 144.1.

(80) "Ibid.", Sección 2ª del Capítulo XII del Título I, arts. 118-126.

(81) Véase: F. ALONSO SOTO: "El Cooperativismo Sanitario en la Nueva Ley General de Cooperativas", **Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4, junio-septiembre 1988, pp. 236-238.

(82) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 127.2.b.

(83) COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA: LEY 2/1985..., "Opus cit", art. 90.

B) La Ley de cooperativas de Navarra es la primera Ley autonómica que incluye expresamente a las cooperativas sanitarias como de seguros de asistencia sanitaria (84).

C) Las Leyes de cooperativas de Cataluña, País Vasco y Valencia recogen, dentro de las cooperativas sanitarias, a las de seguros junto a las cooperativas de instalaciones sanitarias. Sin embargo, sólo las dos primeras hacen también referencia a las cooperativas sanitarias de segundo o ulterior grado. Mientras que estas últimas agrupan a cooperativas primarias de diferente naturaleza, las de instalaciones sanitarias son constituidas con el fin de promover, sostener y gestionar hospitales, clínicas y establecimientos destinados a la prestación de asistencia sanitaria, siéndoles aplicable, junto a la normativa sanitaria, la relativa a las cooperativas de consumidores y usuarios (85).

Por otra parte, al quedar incluidas las cooperativas sanitarias a prima fija y a prima variable dentro de las de seguros, se rigen, por la Ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado (86), y, mientras no se desarrolle reglamentariamente, por el Reglamento de la Ley 33/1984 (87).

La nueva normativa de seguros modifica la anterior en dos direcciones: por un lado la adecuación a las Directivas comunitarias, y por otro la adaptación a la actual realidad socioeconómica (88). En este último aspecto hay que señalar que se modifica el orden de prelación normativa. La nueva normativa establece que "...se regirán por los preceptos de la presente Ley y por los preceptos de la Ley de Sociedades Anónimas a los que la misma se remite, así como por las disposiciones reglamentarias que la desarrollen y, supletoriamente, por la legislación de cooperativas" (89). El nuevo orden establece la aplicación prioritaria, en determinados aspectos, de una legislación ajena a su naturaleza, como es la de sociedades anónimas, a la propia de cooperativas.

---

(84) COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA: LEY FORAL 12/1989..., "Opus cit", art. 71.

(85) COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: DECRETO LEGISLATIVO 1/1992..., "Opus cit", art. 99; COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 4/1993..., "Opus cit", art. 122; COMUNIDAD AUTONOMA VALENCIANA: LEY 11/1985..., "Opus cit", art. 77; y COMUNIDAD VALENCIANA: LEY 3/1995..., "Opus cit", art. 77 bis.

(86) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", art. 7.1.

(87) ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985 de 1 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro Privado, B.B.O.E. Ns. 185, 186 y 187 de 3, 5 y 6 de agosto, art. 43.3; que fue modificado por: ESPAÑA: REAL DECRETO 2021/1986 de 22 de agosto, por el que se adapta el Reglamento de Ordenación del Seguro Privado de 1 de agosto de 1985 a los compromisos derivados del Tratado de Adhesión de España a la Comunidad Económica Europea, B.O.E. N. 253, de 1 de octubre.

(88) Sobre la innovaciones de la Ley de Supervisión de los Seguros Privados puede consultarse: R. MORENO RUIZ: "Las empresas de participación que realizan la actividad aseguradora: Posibilidades actuales y tratamiento en el Proyecto de Ley de Supervisión de los Seguros Privados", Cuadernos de trabajo del Centro Internacional de Investigación e Información sobre la Economía Pública, Social y Cooperativa, N. 25, pp. 7-9.

(89) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", arts. 10.4.c y 10.5.c.

De aquí puede interpretarse el siguiente orden de prelación de Leyes para las cooperativas sanitarias que realizan seguros (90):

- 1º Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado, con su desarrollo reglamentario.
- 2º La Ley de Sociedades Anónimas en aquellos aspectos a los que la citada normativa de seguros remite.
- 3º Leyes General y Autonómicas de cooperativas como fuente como derecho supletorio en caso de laguna legal en la del seguro.
- 4º La Ley General de Cooperativas como supletoria de las Autonómicas.

### **3.1.2.2.2. Actividad farmacéutica.**

Las cooperativas farmacéuticas han sido recogidas, a lo largo de la historia, dentro de diferentes clases de sociedades cooperativas. En la actualidad, estas sociedades se establecen legalmente como cooperativas de servicios, acogándose a la Ley 3/1987 General de Cooperativas. Esta, las define como "las que asocian a personas físicas o jurídicas, titulares de explotaciones industriales o de servicios y a profesionales o artistas que ejerzan su actividad por cuenta propia, y tienen por objeto la prestación de suministros y servicios y la realización de operaciones encaminadas al mejoramiento económico y de las actividades profesionales o de las explotaciones de sus socios" (91).

La citada Ley establece las actividades que están facultadas para realizar estas cooperativas, entre las que se encuentran la adquisición y distribución de cualesquiera productos y elementos necesarios para las actividades profesionales de sus socios, dejando una puerta abierta a otras actividades siempre que supongan una mejora de la actividad laboral de sus socios.

Las Leyes de cooperativas de las Comunidades Autónomas presentan diversas particularidades a la hora de clasificar a las cooperativas farmacéuticas. En ninguna se hace una mención expresa de las mismas, pero todas las recogen dentro de las cooperativas de servicios. Se pueden distinguir tres posiciones:

---

(90) El orden de prelación normativa anterior a la Ley de Supervisión y Ordenación del Seguro Privado de 1995 es recogida por: J. GUTIERREZ DEL ALAMO Y MAHOU: **Estudio Jurídico del Cooperativismo Sanitario**, Gabinete de Estudios Y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1988, pp. 28 y 29; y N. PAZ CANALEJO: "El problema de las fuentes jurídicas aplicables a las cooperativas de seguros" en **VARIOS: Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado**, (Tomo I), Colegio Universitario de Estudios Financieros, Madrid, 1988, pp. 170-203.

(91) ESPAÑA: LEY 3/1987... "Opus cit", arts. 139 y 140.

- A) Las Leyes de cooperativas de las comunidades autónomas de Andalucía y Cataluña incluyen a todas las cooperativas de farmacéuticas en el único grupo que existe para la modalidad de servicios (92).
- B) La Ley de cooperativas de la Comunidad Autónoma Valenciana las recoge dentro de las de servicios con carácter general, pero también incorpora en diferentes artículos a cooperativas de servicios Sociales y Públicos (93).
- C) Las Leyes de las Comunidades Autónomas de Navarra y del País Vasco, diferencian entre distintos tipos de cooperativas de servicios, incluyendo a las farmacéuticas dentro de las de Servicios Profesionales. En el caso de la Ley Navarra el resto de las cooperativas de servicios son recogidas conjuntamente, mientras que la normativa del País Vasco distingue a su vez entre cooperativas de Servicios Empresariales e Institucionales (94).

Tanto la normativa estatal como las autonómicas, en sus diferentes manifestaciones, acogen a un amplio número de cooperativas de servicios que nada tienen que ver con las farmacéuticas y ni siquiera con el sector de la salud. Por ello, es necesario acudir a la legislación específica de los denominados almacenes de drogas, sustancias medicamentosas, especialidades farmacéuticas y medicamentos de uso veterinario. La normativa aplicable a estos almacenes tiene como fundamento la Ley del Medicamento de 1990 (95) y, en aquellos aspectos no regulados por ésta, el Decreto 2464/1963 (96), y su reglamento dictado en 1964 por el Ministerio de la Gobernación (97).

Las normas de funcionamiento, régimen laboral y garantías técnicas son desarrolladas a lo largo de la citada normativa.

---

(92) COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA: LEY 2/1985..., "Opus cit", art. 91; COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: DECRETO LEGISLATIVO 1/1992..., "Opus cit", art. 100; y COMUNIDAD VALENCIANA: LEY 3/1995..., "Opus cit", art. 78.4.

(93) COMUNIDAD AUTONOMA VALENCIANA: LEY 11/1985..., "Opus cit", arts. 78, 82 y 83; y COMUNIDAD VALENCIANA: LEY 3/1995..., "Opus cit", art. 78.4.

(94) COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA: LEY FORAL 12/1989..., "Opus cit", arts. 67 y 90; y COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 4/1993..., "Opus cit", arts. 123, 124 y 125.

(95) ESPAÑA: LEY 25/1990 de 20 de diciembre, del Medicamento, B.O.E. N. 153, de 22 de diciembre, TITULO CUARTO, CAPITULO SEGUNDO.

(96) ESPAÑA: DECRETO 2464/1963 de 10 de agosto, de regulación de laboratorios de especialidades farmacéuticas, registro, distribución y publicidad de las mismas, B.O.E. N. 270, de 11 de noviembre, art. 58.

(97) ESPAÑA: ORDEN de 7 de abril de 1964, por la que el Ministerio de la Gobernación dicta las normas sobre laboratorios de especialidades farmacéuticas, registro, distribución y publicidad de las mismas, B.O.E. N. 101, de 27 de abril.

### 3.2. El marco institucional.

Las sociedades cooperativas que actúan dentro del sector salud han tenido, a lo largo de historia, diferente grado de vinculación con el resto de instituciones tanto públicas como privadas. Estas relaciones se hacen especialmente significativas al considerar la importancia progresiva que va alcanzando, sobre todo en los países del sur de Europa, la administración pública en las tareas vinculadas con la salud. De una forma resumida puede afirmarse que la actuación del Estado, en estos países, ha pasado, con carácter general varias etapas (98):

- Inicialmente permanecía ajena, dedicándose sólo a tareas como la defensa, la justicia etc.
- Implanta servicios de infraestructura común, que afectan a la salud en aspectos como la potabilización del agua, eliminación de basuras etc.
- Promueve la creación de servicios subsidiarios para cubrir situaciones de necesidad personal mediante la provisión de servicios sanitarios que generalmente no gestiona directamente.
- Realiza una visión integradora de la protección de la salud, al contemplar conjuntamente y dentro de una misma política sanitaria las actuaciones públicas de salud.
- Promoción de la salud, a través de la responsabilización individual de los ciudadanos y la total integración de los servicios de salud.

La actuación del Estado junto a las diferentes entidades privadas que operan en este sector, crea un complejo entramado de relaciones institucionales que forman el cuerpo central de este apartado, y que condicionan el ámbito de actuación de las sociedades cooperativas integradas en el mismo.

#### 3.2.1. Los sistemas de salud.

El sector de salud está formado por el conjunto de instituciones que financian y proveen sanidad, así como las relaciones que se producen entre ellas (99). Su objeto consiste en la prestación de servicios médicos y farmacéuticos con el fin de conservar y restablecer la salud de las personas (100).

Los sistemas de salud tienen una relación directa con las diferentes teorías políticas. De este modo, siguiendo a MUSSONS, cabe distinguir diversas concepciones teóricas relacionadas con la salud (101):

---

(98) J.L. VAQUERO PUERTA: **Salud Pública**, Pirámide, Madrid, 1989, pp. 60 y 61.

(99) Sobre este conjunto de relaciones ponen especial atención autores como: B.M. KLECZKOWSKI, R.H. ELLING, y D.L. SMITH: "El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de la salud", **Cuadernos de Salud Pública**, N. 80, Ginebra, 1984, p. 11.

(100) J. CASTAÑO COLOMER: **Cooperativismo Sanitario Integral**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, BARCELONA, 1989, p. 6.

- Las teorías conservadoras, defienden un sistema de salud privado sin ninguna intervención por parte de los poderes públicos.
- Los radicales, promueven un modelo de sanidad socializado con la actuación única del Estado.
- Las teorías liberalistas favorecen la creación de un sistema de salud privado, pero con la intervención estatal en situaciones extremas como puede ser la beneficencia.

En la actualidad, la teoría del Estado del Bienestar pretende que el Estado sea el encargado de garantizar un nivel de vida suficiente para todos los ciudadanos (102). En el cumplimiento de este fin una de las tareas fundamentales consiste en dotar gratuitamente a los ciudadanos de bienes como la sanidad, aunque sin impedir la existencia de un sector privado de salud con el que en muchas ocasiones colabora. La gran polémica surgida sobre el Estado del Bienestar, hace que parezca preciso realizar un estudio más detallado sobre el mismo, y, en especial, sobre sus implicaciones financieras (103).

### **3.2.1.1. El Estado del Bienestar en el sector de la salud.**

A lo largo de la historia el papel realizado por el Sector Público se identificaba con la provisión de bienes como la defensa la justicia o las obras públicas. Con el Estado del Bienestar estas funciones clásicas han sido superadas en busca de una mejora en el nivel de vida del ciudadano (104).

Para lograrlo el Estado realiza transferencias de bienes y servicios preferentes o sociales y transferencias monetarias. Dentro del primer grupo se encuentra la salud, ya que se considera que una sociedad desarrollada no puede permitir que sus miembros, ante una enfermedad, vean mermada su vida, mueran, o se vean inmersos en la pobreza por la falta de recursos económicos suficientes (105).

Sin embargo, garantizar un nivel mínimo en las prestaciones de salud no obedece obligatoriamente a una provisión pública general, dada la existencia de seguros médicos privados. Por tanto, sería suficiente con

---

(101) S. MUSSONS TRULLOLS: **Sistema público...**, "Opus cit", pp. 36 y 37.

(102) Las posibles alternativas del Estado del Bienestar son recogidas por: R. M. KRAMER, y B. GROSSMAN: "Contracting out Social Services: Process, Managament and Resource Dependences", **Social Service Review**, Marzo, 1987, pp. 32-35.

(103) Un análisis sobre los diferentes sistemas de salud es realizado por: B.M. KLECZKOWSKI, M.I. ROEMER, y A. VAN DER WERFF: "Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia la salud para todos", **Cuadernos de Salud Pública**, N. 77, Ginebra, pp. 25-36.

(104) Para analizar el desarrollo histórico del Estado del Bienestar véase: P. ROSANVALLON: **La crise de l'Etat Providence**, Seuil, París, 1981; y E. FUENTES QUINTANA, J. BAREA TEJEIRO, A. GARCIA DE BLAS, y B. GONZALO GONZALEZ: "Estrategias para un tratamiento de los problemas de la Seguridad Social", **Papeles de Economía Española**, N. 12-13, Madrid, 1982, pp. 24-27.

(105) E. ALBI, C. CONTRERAS, J.M. GONZALEZ-PARAMO, e I. ZUBIRI: **Teoría de...**, "Opus cit", pp. 177, 181 y 182.

garantizar los servicios de salud pública a aquellos que no dispusieran de recursos económicos suficientes para costearse las prestaciones privadas (106).

### **3.2.1.2. El sector de la salud público y privado.**

Históricamente la preocupación por la salud y el elevado coste de algunos aspectos de la asistencia sanitaria han llevado a la creación de diferentes organizaciones con el fin de asegurar dichos riesgos. Así aparecen diversos tipos de entidades pertenecientes al sector privado inicialmente, que, poco a poco, van dejando que el protagonismo sea asumido por el sector público. De forma paralela a este proceso surge un debate entre la conveniencia de un sector salud público o de uno privado como alternativas excluyentes, o la coexistencia de ambos en un sistema mixto (107).

Son muchos los estudios realizados en España para conocer las preferencias entre los servicios de salud públicos y privados (108). Aunque los conceptos valorados difieren la conclusión generalizada es que ninguno de los dos sistemas es totalmente superior al otro, aunque existen algunas ventajas parciales entre ambos. Así los sistemas públicos son preferidos en aspectos como la investigación, o la no discriminación de los pacientes, mientras que los privados destacan en la atención personal y en la reducción de colas de espera.

A la hora de determinar la naturaleza, pública o privada, de los componentes del sector salud, es necesario referirse a los conceptos de financiación y provisión. Según ROVIRA y VIDAL se diferencian (109) (cuadro 3):

- Financiación y provisión privadas. Constituye el sistema privado en su totalidad.
- Financiación y provisión públicas. Se trata de una sanidad pública íntegramente.
- Financiación privada y provisión pública. Corresponde a la utilización de camas y servicios públicos por pacientes privados.
- Financiación pública y provisión privada. Se refiere a las concertaciones realizadas por la entidades de salud públicas con proveedores privados.

---

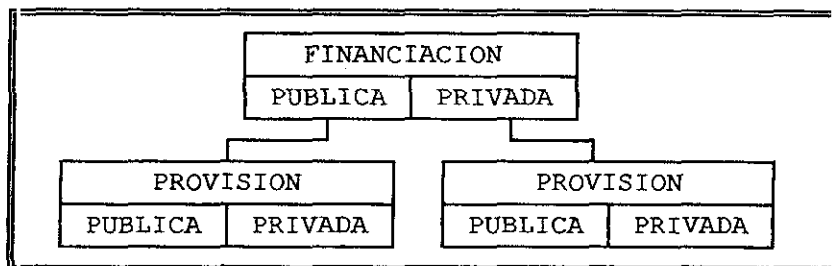
(106) G. LOPEZ CASANOVAS: "La financiación de los servicios sanitarios en España", **Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4, junio-septiembre 1988, p. 93. Estudia el caso de Estados Unidos, en el que la intervención del sistema de salud público se limita a cubrir a los ancianos (a través del programa denominado MEDICARE), y a los indigentes (mediante el sistema MEDICAID).

(107) J. ROVIRA FORNS: "El seguro voluntario de asistencia sanitaria en España: apunte para un debate", Comunicación presentada a las VI Jornadas de Economía de la Salud, Valencia, 28-30 de mayo 1986.

(108) Entre otros pueden citarse: J. BAREA: "La Asistencia Sanitaria Pública", **Economistas**, N. 35, Madrid, enero 1989, p. 262-266. Recoge un informe realizado sobre encuestas elaboradas en 1974, 1979 y 1986; y J. CASTAÑO COLOMER: **Cooperativismo Sanitario...**, "Opus cit", pp. 17-23.

(109) J. ROVIRA FORNS, e I. VIDAL MARTÍNEZ: **Posibilidades de desarrollo del cooperativismo en el sector sanitario español**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Barcelona, 1987, p. 79.

CUADRO 3. LA FINANCIACION Y LA PROVISION DE LA SALUD.



Sin embargo, si consideramos la gestión como una actividad diferente a la financiación y a la provisión, la clasificación se complica al tener que distinguir en cada uno de los citados grupos a las entidades que realizan una gestión privada y a las que tienen encomendada una gestión pública. La existencia de estas posibilidades hace necesario especificar las parcelas de la salud gestionadas por las diferentes instituciones y entidades tanto públicas como privadas.

A continuación se establece una visión general de la estructura del sector de la salud en España en función de la naturaleza pública o privada de las entidades responsables, dejando el estudio de los diferentes modelos de financiación y de prestación para los capítulos destinados a los flujos financieros y reales respectivamente.

### 3.2.2. Estructura del sector de la salud en España.

En el sector de la salud español conviven diferentes estamentos territoriales, con el fin de lograr un Sistema Nacional de Salud en el que coexiste el sector privado. El principal organismo responsable de la salud es el Ministerio de Sanidad y Consumo, creado en el año 1981 (110). Su organigrama y funciones serán analizados más abajo pero ahora conviene señalar que es el órgano encargado de ejecutar las normas del gobierno en materia de salud y que de él depende el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

(110) ESPAÑA: REAL DECRETO 428/1981 de 13 de mayo, por el que se reestructuran y adscriben diversos órganos al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, B.O.E. N. 63, de 14 de marzo; y ESPAÑA: REAL DECRETO 2823/1981 de 27 de noviembre, por el que se reestructuran diferentes órganos de la Administración del Estado, B.O.E. N. 288, de 2 de diciembre.



A grandes rasgos el sector de la salud de España presenta como aspectos más característicos (111):

- Aunque existe el sector privado, globalmente se trata de una estructura jerarquizada bajo la financiación pública y en la mayoría de los casos con producción pública directa de los servicios.
- Se establece un sistema de Seguridad Social pública obligatoria, que aspira a extenderse a toda la población.
- Se trata de una estructura territorializada, en la que existen diferentes estamentos autónomos.

En España las prestaciones de salud, en las que se incluye la asistencia sanitaria y la farmacéutica, son realizadas tanto por la Administración Pública como por entidades privadas (112). Sin embargo, mientras la actuación estatal se refiere fundamentalmente al régimen de Seguridad Social, la actividad privada puede tener lugar en colaboración con el mismo, o de forma complementaria. A continuación se realiza un análisis de las entidades de uno y otro tipo.

### 3.2.2.1. Entidades privadas.

La relación de las entidades privadas con el sistema de Seguridad Social, permite realizar una diferenciación entre las mismas. Por un lado las que colaboran en la gestión de la Seguridad Social, y por otro aquellas que actúan al margen de la misma de forma complementaria (cuadro 4).

CUADRO 4. CLASIFICACION DE LAS ENTIDADES PRIVADAS EN FUNCION DE SU RELACION CON EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.

F U E R A  S G  S O C I A L  C O L B	E A N S T I G U R A D A E D S R	MUTUAS Y MUTUALIDADES	MUTUALIDADES DE PREV. SOCIAL
		SOCIEDADES MERCANTILES	MUTUAS DE SEGUROS PRIVADOS
			MEDICAS
			IGUALATORIOS
		SOCIEDADES COOPERATIVAS DE SEGUROS	
	NO ASEGR	FUNDACIONES LABORALES	
		ASOCIACIONES DE VOLUNTARIADO DE ACCION SOCIAL	
		OTRAS (INCLUIDAS RESTO S. COOP. SECTOR SALUD)	
		MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES	
		EMPRESAS	

(111) G. LOPEZ CASANOVAS: "La financiación...", "Opus cit", pp. 103-105.

(112) J. ROVIRA FORNS: "Entre el sector público y el mercado. El papel del "tercer sector" en el ámbito de la Sanidad Española", *Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa*, N. 4, junio-septiembre 1988, p. 214.

### 3.2.2.1.1. Entidades privadas que actúan fuera del sistema de Seguridad Social.

La actuación privada al margen de la Seguridad Social puede tener lugar de forma complementaria, gestionando directamente las prestaciones voluntarias que mejoran las ofrecidas en el régimen de Seguridad Social, o realizando las mismas prestaciones recogidas en el citado régimen aunque de una forma totalmente privada. En este grupo de entidades hay que distinguir entre las aseguradoras y las no aseguradoras.

#### 3.2.2.1.1.1. Entidades aseguradoras.

Estas entidades aparecen recogidas en la Ley de Ordenación y Supervisión del seguro privado y en el reglamento vigente (113). Según las citadas normas, la actividad aseguradora únicamente puede ser ejercida por entidades privadas que adopten la forma de sociedad anónima, sociedad mutua, montepío o mutualidad de previsión social y sociedad cooperativa.

#### 3.2.2.1.1.1.1. Las mutuas y mutualidades de asistencia sanitaria.

Son entidades que presentan como denominador común la ausencia de ánimo de lucro y que, a partir de la Ley de Ordenación del Seguro Privado de 1984 (114), reciben un tratamiento básicamente similar al de cualquier ente asegurador. Hay que distinguir estas entidades de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades de la Seguridad Social, cuya actuación consiste en la colaboración con la Seguridad Social y a las que se hace referencia más abajo.

Dentro de las mutuas y mutualidades de asistencia sanitaria se puede diferenciar entre las Mutualidades de Previsión Social y las Mutuas de Seguros Privadas (115). La distinción se basa en el objeto social que, debido fundamentalmente a aspectos históricos, califican éste como de previsión social para las primeras, frente al de seguro privado para las segundas (116). Sin embargo, la nueva Ley de Ordenación del Seguro Privado de 1995 (117) establece como objeto social exclusivo de las mutualidades de previsión social el asegurador, aunque permite que otorguen prestaciones sociales siempre bajo autorización administrativa.

---

(113) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", art. 7; y REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", art. 17.

(114) ESPAÑA: LEY 33/1984..., "Opus cit", cap. IV.

(115) Un análisis sobre las mutuas y mutualidades se encuentra en: J. CALDES LIZANA: "Las mutualidades de previsión social y las mutuas de seguros", en VARIOS: **Las empresas públicas sociales y cooperativas en la nueva Europa**, CIRIEC-España, Valencia, 1994, pp. 237-242.

(116) F. ALONSO SOTO: "Mutualismo social y economía social", **Cuaderno N. 1, C.I.R.I.E.C. España**, Enero 1989.

(117) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", arts. 64.1 y 64.2.

Por otra parte, están reguladas por diferente normativa, ya que aunque ambas se encuentren recogidas en la citada Ley de Ordenación y Supervisión del seguro privado, la reglamentación de las mutuas de seguro privadas aparece desarrollada en el Reglamento de Ordenación del Seguro Privado (118), mientras que las mutualidades de previsión social tienen su propio régimen independiente del mencionado Reglamento (119). Las principales características de estas entidades son recogidas en el cuadro 5.

CUADRO 5. ANALISIS COMPARADO DE LAS MUTUALIDADES DE PREVISION SOCIAL Y MUTUAS DE SEGUROS.

	MUTUALID. PREVS. SOC.	MUTUAS DE SEGUROS
OBJETO SOCIAL	PREVISION SOCIAL	SEGURO PRIVADO
REGLAMENTO	ESPECIFICO	REGLM. ORD. SEG.
OBJETO SOCIAL	ASEGURADOR PRESTACIONES SOCIALES	ASEGURADOR
ASEGURADOR Y ASEGURADO	LA MISMA PERSONA	DIFERENTE PERSONA
PROTECTORES	SI	NO
COMPET. AUTONM	SI	NO
RESPONSABILD. DE LOS SOCIOS	LIM. 1/3 DE CUOTAS TRES ULTIMOS EJERC.	PV. PROPORCIONAL PF. LA PRIMA

3.2.2.1.1.1.2. Sociedades mercantiles.

Dentro de las sociedades mercantiles aseguradoras se encuentran una serie de entidades con la fórmula jurídica de sociedad anónima, distinguiendo entre las médicas y los igualatorios.

A) Médicas.

Se trata de compañías mercantiles de seguros de asistencia sanitaria constituidas como sociedades anónimas. Tienen personalidad jurídica propia y afán de lucro comercial.

(118) ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", Capítulo III.  
 (119) Según establece la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados de 1995, hasta que se desarrolle el nuevo reglamento para las mutualidades de previsión social éstas se rigen por: ESPAÑA: REAL DECRETO 2615/1985 de 4 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento para las Entidades de Previsión Social, B.O.E. N. 13 de 15 de enero de 1986, aclarado por la ORDEN de 9 de abril de 1987, por el que se desarrolla el Reglamento de Entidades de Previsión Social, B.O.E. N. 95, de 21 de abril, y modificado por REAL DECRETO 1079/1989 de 1 de septiembre, por el que se actualiza el régimen jurídico de las Entidades de Previsión Social, B.O.E. N. 214, de 7 de septiembre.

Según la Ley de Sociedades Anónimas (120), estas entidades deben regirse, en primer lugar, por la disposición que le sea específicamente aplicable y, en segundo término, por la propia Ley de Sociedades Anónimas. En el caso de la actividad aseguradora, las norma de referencia son la nueva Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado de 1995 y su desarrollo reglamentario.

En la sociedad anónima de seguros, el médico ejerce su actividad por cuenta de un tercero, siendo su situación criticada por los sectores que defienden una sanidad social (121).

#### B) Igualatorios.

Aunque su naturaleza es mercantil, ya que se constituyen como sociedades anónimas, su funcionamiento es similar al de las cooperativas sanitarias.

Se trata de organizaciones creadas y regidas por médicos, colectivamente asociados, con una doble finalidad (122):

- Proporcionar servicios médicos a las familias de recursos económicos limitados, mediante el pago de una iguala, y,
- proteger a la profesión médica contra otros colectivos intermediarios de la asistencia sanitaria.

Estas entidades tuvieron que constituirse como sociedades anónimas aunque en sus estatutos se insertan las características propias de la vocación igualatorista. Estos principios fueron recogidos por el actual cooperativismo de asistencia sanitaria, por lo que pueden considerarse como sus primeros antecedentes en España (123).

#### 3.2.2.1.1.1.3. Sociedades cooperativas.

Las sociedades cooperativas que pueden realizar el seguro de asistencia sanitaria constituyen uno de los objetos del presente estudio, por lo que tanto su regulación como sus características son analizadas a lo largo de este trabajo. Sin embargo, conviene señalar en este apartado que actúan fuera del sistema de Seguridad Social obligatorio.

---

(120) ESPAÑA: REAL DECRETO 1597/1989 de 22 de diciembre, Texto Refundido de la Ley de Sociedades Anónimas, B.O.E. N. 310, de 27 de diciembre, y según se establece en su Disposición Derogatoria, su entrada en vigor supone la derogación de la Ley de 17 de julio de 1951, así como de los artículos 4º a 10º de la Ley 19/1989 de reforma de la legislación mercantil en adaptación a la normativa comunitaria.

(121) S. MUSSONS TRULLOLS: **Sistema público...**, "Opus cit", p. 73.

(122) A. TERRON LAMBEA: "El cooperativismo...", "Opus cit", pp. 20-26.

(123) J. CASTAÑO COLOMER: **Cooperativismo Sanitario...**, "Opus cit", pp. 49-52.

En este sentido existe una tradicional pretensión del cooperativismo de la salud consistente en la colaboración con el sistema público (124). Dicha colaboración supondría permitir que los asegurados en las sociedades cooperativas que puedan recibir en las mismas la atención contratada, y que el pago de estos servicios sea realizado por el Estado mediante el reembolso a las cooperativas de las cuotas abonadas a la Seguridad Social, o bien mediante el importe de la prestación recibida establecida conforme a unos baremos prefijados. Con ello se evita el enriquecimiento de la sanidad pública con el dinero de los asegurados de las sociedades cooperativas que han hecho uso de su derecho a una asistencia sanitaria digna, sin ánimo de lucro y sin discriminación social.

Actualmente existen convenios entre la Seguridad Social y este tipo de entidades. Prueba de ello es el concierto realizado por Asistencia Sanitaria Interprovincial (ASISA), una sociedad anónima propiedad de una sociedad cooperativa, con los funcionarios del Estado, cuyos beneficiarios pueden elegir entre la cobertura del sistema público y la de ASISA.

### **3.2.2.1.1.2. Entidades no aseguradoras.**

Existe un conjunto de entidades que puede desarrollar una asistencia sanitaria complementaria a la realizada por la Seguridad Social, aunque de forma ajena a la actividad aseguradora. Entre ellas hay que tener en cuenta a las fundaciones laborales, a las asociaciones voluntarias de acción social y a cualquier tipo de entidad que efectúe prestaciones de salud sin realizar la práctica del seguro sanitario.

#### **A) Fundaciones laborales.**

Entre las múltiples finalidades de estas entidades se encuentran los servicios médicos de empresa y otros centros de asistencia sanitaria.

#### **B) Asociaciones voluntarias de acción social.**

Se trata de entidades dirigidas a la prestación de servicios asistenciales, mediante la relación jurídica entre la asociación y el sujeto asistido. A pesar de que su actividad es realizada por particulares, dado su interés público, son intervenidas y fiscalizadas por las administraciones públicas. Sus servicios son realizados de forma gratuita para quien los recibe, sin que el voluntariado se vea recompensado por remuneración alguna (125).

---

(124) S. MUSSONS TRULLOLS: *Sistema público...*, "Opus cit", p. 40.

(125) J.L. GARCIA NINET: "La colaboración de las empresas en la gestión de la seguridad social y el reintegro de las cantidades satisfechas por pago delegado", *Revista de Derecho Público*, N. 80-81, p. 645.

### C) Otras entidades.

Puede incluirse en este grupo cualquier entidad, independientemente de su forma jurídica, que participe en el sector de la salud de manera ajena al seguro de asistencia sanitaria. Por tanto, se encuentran en este apartado las sociedades cooperativas de instalaciones sanitarias, las de asistencia sanitaria de trabajo asociado, así como las de distribución farmacéutica. Las prestaciones realizadas por cada una de ellas y sus relaciones con el resto de entidades que efectúan actividades similares, son analizadas más abajo al tratar los flujos reales.

### 3.2.2.1.2. Entidades colaboradoras con la Seguridad Social.

La acción colaboradora con la Seguridad Social consiste en la gestión directa, y por tanto con responsabilidad, de la Seguridad Social realizada por personas físicas o jurídicas ajenas a la Administración Pública. Las entidades autorizadas para realizar esta gestión son las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades de la Seguridad Social, y las empresas con respecto a sus trabajadores (126).

#### 3.2.2.1.2.1. Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Hasta la Ley de Presupuestos de 1990 (127) eran denominadas como Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo. Se trata de entidades sin ánimo de lucro, constituidas por empresarios, con el único objetivo de asumir mancomunadamente la responsabilidad de la gestión de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social derivados de la actividad profesional de sus empleados.

Las empresas pueden optar por asegurar los riesgos mencionados en la entidad gestora de la Seguridad Social que corresponda o hacerlo en una de estas Mutuas (128). Su regulación se encuentra en el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad social de 1994 y en posteriores modificaciones (129).

---

(126) ESPAÑA: DECRETO 1/1994..., "Opus cit", art. 67.

(127) ESPAÑA: LEY 4/1990 de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para 1990, B.O.E. N. 156 de 30 de junio, Disposición Adicional Decimocuarta.

(128) J.M. ALMANSA PASTOR: *Derecho de la Seguridad Social*, Tecnos, Madrid, 1991, pp. 192-199.

(129) ESPAÑA: DECRETO 1/1994..., "Opus cit", arts. 68-76; REAL DECRETO 1509/1976 de 21 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de colaboración de las Mutuas Patronales en la gestión de la Seguridad Social, B.O.E. N. 158, de 19 de agosto; REAL DECRETO 820/1980 de 14 de abril, por el que se modifica el anterior reglamento, B.O.E. N. 108, de 5 de mayo; ORDEN MINISTERIAL de 2 de abril de 1984, sobre colaboración de las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo en la Seguridad Social, B.O.E. N. 88 de 12 de abril; y LEY 4/1990... "Opus cit".

### **3.2.2.1.2.2. La empresa privada respecto a sus trabajadores.**

Aunque las empresas privadas pueden realizar una actividad colaboradora con la Seguridad Social, no hay que olvidar que también es posible que realicen una gestión indirecta o delegada.

#### **A) La gestión indirecta de la empresa privada.**

Esta exenta de responsabilidad, que recae en la entidad gestora que hace la delegación. Consiste en colaborar con las entidades gestoras de la Seguridad Social, pagando a sus trabajadores a cargo de la entidad gestora las prestaciones contratadas. La empresa compensa la cantidad pagada con las cuotas que debe ingresar en la entidad gestora.

#### **B) La gestión colaboradora de la empresa privada.**

La principal diferencia con la gestión indirecta es que estas empresas asumen la responsabilidad en las prestaciones fijadas.

### **3.2.2.2. Entidades públicas.**

En España la protección de la salud pública es compartida por la Seguridad Social y por la Administración sanitaria a través de un amplio conjunto de instituciones. Sin embargo, la *Ley General de Sanidad* (130) pretende la creación de un Sistema Nacional de Salud en el que se integren los diferentes subsistemas de salud públicos.

Esta integración lleva implícito un largo proceso durante el cual siguen actuando el tradicional sistema de sanidad formado por las instituciones de la Seguridad Social junto a otras instituciones públicas. Por ello se analizan todas estas instituciones, para posteriormente estudiar la adaptación al nuevo Sistema Nacional de Sanidad.

---

(130) ESPAÑA: LEY 14/1986..., "Opus cit". art. 73.

3.2.2.2.1. Actuación a través del sistema de Seguridad Social.

La Seguridad Social constituye un "un sistema homogéneo general de prestaciones, de derecho público y de gestión estatal (ordinariamente)" (131). Su función consiste en proteger a determinados grupos de personas frente a riesgos y situaciones que provocan un estado de necesidad. Su objeto es la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos necesarios para conservar o restablecer la salud de los beneficiarios y su aptitud para el trabajo (132).

Para comprender el sistema español de Seguridad Social es necesario tener en cuenta los diferentes regímenes y las entidades gestoras que realizan sus prestaciones.

3.2.2.2.1.1. Los regímenes del sistema de Seguridad Social.

Se puede distinguir entre el régimen general (en el que se incluyen obligatoriamente los trabajadores por cuenta ajena), los regímenes especiales (fundamentados en la naturaleza especial de una determinada actividad profesional cuadro 6 (133)), y los regímenes voluntarios (que no pueden constituir parte de la Seguridad Social ya que son realizados por empresas privadas).

CUADRO 6. ACTIVIDADES PROFESIONALES SUJETAS A REGIMENES ESPECIALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

TRBJD. DE ACTIVIDADES AGRICOLAS, FORESTALES Y PECUARIAS	
TRABAJADORES DEL MAR	
TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTONOMOS	
FUNCIONARIOS PUBLICOS	CIVILES
	MILITARES
EMPLEADOS DEL HOGAR	
ESTUDIANTES	

Hay que señalar que los socios trabajadores de cooperativas de trabajo asociado se encuentran sujetos a unas condiciones específicas, tratadas más abajo al analizar ésta en su modalidad sanitaria.

(131) J.M. ORDEIG FOS: *El Sistema Español de Seguridad Social*, Editoriales de Derecho Reunidas, Madrid, 1989, (4ª ed), p. 8.

(132) La evolución de la Seguridad Social se refleja en A. MONTOYA MELGAR: *Derecho del Trabajo*, Tecnos, Madrid, 1994, (15ª ed.), pp. 609-612.

(133) La Ley General de Seguridad Social realiza una enumeración de los regímenes voluntarios, aunque se trata de una relación abierta a la determinación del Ministerio y Seguridad Social: ESPAÑA: REAL DECRETO 1/1994..., "Opus cit", art. 10.2.



3.2.2.2.1.2. Instituciones gestoras del sistema de Seguridad Social.

En la gestión del sistema de Seguridad Social, el Estado es el encargado de administrar y gestionar la misma, para lo que crea unos entes públicos especiales, tutelados por él, que se denominan "entidades gestoras".

Los citados órganos, (junto al Estado como última garantía y responsable de la jurisdicción, control y ordenación) son los encargados de la gestión directa (tanto principal como auxiliar). Esta gestión se complementa por una gestión directa colaboradora y una gestión indirecta, ambas realizadas por entidades privadas, como queda reflejado en el cuadro 7.

CUADRO 7. GESTION DIRECTA E INDIRECTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL.

D I R E C T A	P R I N C I P A L	G E N E R A L E S		I N S S	
				I N S A L U D	
		R E G I M E N E S P E C I A L		I N S E R S O	
				I N S M A R	
				I S F A S	
				M U F A C E	
				M U J E J U	
				M U N P A L	
	A U X I L I A R	T E S O R E R I A G E N E R A L D E L A S E G U R I D A D S O C I A L			
	C O L A B O R A D O R A	E M P R E S A S C O N S U S P R O P I O S E M P L E A D O S			
		M U T U A S D E A C C I D E N T E S D E T R A B A J O Y E N F E R M E D A D E S D E L A S E G U R I D A D S S O C I A L			
I N D I R E C T A		E M P R E S A S			

En las prestaciones de asistencia sanitaria realizadas por la Seguridad Social las instituciones gestoras más importantes son el Instituto Nacional de Salud y las mutualidades gestoras de regímenes especiales.

A) El INSALUD.

Realiza la gestión del Régimen General y de aquellos regímenes especiales que no tengan un ente jurídicamente independiente encargado de la misma. Esta gestión es compartida con el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) (134), cuya función es el reconocimiento del derecho a recibir prestaciones de la

(134) ESPAÑA: REAL DECRETO 1854/1979 de 30 de julio, por el que se aprueba la estructura y competencias de INSS, B.O.E. N. 182 de 31 de julio.

Seguridad Social, y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) (135), encargado de la gestión de los servicios complementarios (136).

El INSALUD es el instrumento fundamental para la gestión y prestación de los servicios sanitarios de la Seguridad Social (asistencia médica y farmacéutica), y para la promoción de la salud. Fue dotado de personalidad jurídica por el Real Decreto 1855/1979 (137), encontrándose adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo (138).

Su estructura y sus funciones se han regulado recientemente por los Reales decretos 858/1992 (139) y 1415/1994 (140). En esta estructura hay que distinguir la Organización Central y la Organización Periférica (141). Tras la citada reforma, su función primordial es la gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en las Comunidades Autónomas que no hayan recibido totalmente sus competencias.

#### B) Entidades gestoras de algún régimen especial.

También denominadas Mutualidades de carácter público, incluyen a los entes que pueden realizar una gestión de la Seguridad Social limitada al ámbito de su propio régimen especial. Están capacitadas para la prestación de asistencia sanitaria siendo:

- \* El Instituto Social de la Marina (INSMAR).
- \* El Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).
- \* La Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).
- \* La Mutualidad General de Justicia (MUGEJU).
- \* La Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local (MUNPAL).

---

(135) ESPAÑA: REAL DECRETO 1856/1979 de 30 de julio, por el que se aprueba la estructura y competencias de INSERSO, **B.O.E.** N. 182 de 31 de julio.

(136) El Instituto Nacional de Empleo (INEM) no aparece entre las entidades gestoras de la Seguridad Social incluidas en la Ley 1/1994. Sin embargo, dado que su función consiste en la regulación en exclusiva de las prestaciones por desempleo encomendadas inicialmente al INSS, ha surgido una cierta controversia con respecto a la relación con su gestión en la Seguridad Social. Este hecho se fundamenta en la inclusión de la gestión del empleo dentro de la Seguridad Social recogida en la Constitución.

(137) ESPAÑA: REAL DECRETO 1855/1979 de 30 de julio, por el que se aprueba la estructura y competencias del INSALUD, **B.O.E.** N. 182 de 31 de julio, art. 1.1.

(138) Sus funciones se ampliaron con: ESPAÑA: REAL DECRETO-LEY 13/1980, de 3 de octubre, sobre supresión y reordenación de organismos autónomos en diferentes Ministerios, **B.O.E.** N. 241, de 7 de agosto; y con ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 28 de octubre de 1981, por la que el INSALUD asume nuevas competencias, **B.O.E.** N. 264, de 4 de noviembre.

(139) ESPAÑA: REAL DECRETO 987/1991 de 21 de junio, sobre la estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo, **B.O.E.** N. 170, de 16 de julio, Disposición Adicional segunda.

(140) ESPAÑA: REAL DECRETO 1415/1994 de 25 de junio, de modificación de la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, **B.O.E.** N. 156, de 28 de junio, Disposición Adicional primera.

(141) La estructura periférica se encuentra regulada por: ESPAÑA: REAL DECRETO 347/1993 de 5 de marzo, sobre la estructura periférica de la gestión del Instituto Nacional de la Salud, **B.O.E.** N. 77, de 31 de marzo, derogada casi en su totalidad por: ESPAÑA: REAL DECRETO 571/1990 de 27 de abril, sobre la estructura periférica de la gestión del Instituto Nacional de la Salud, **B.O.E.** N. 112, de 10 de mayo.

### 3.2.2.2.2. Actuación de la Administración sanitaria a través de otras instituciones públicas.

No toda la protección de la salud pública en España es efectuada por la Seguridad Social, ya que existe una parcela de la misma realizada por organismos dependientes de la administración territorial (diputaciones, provincias, cabildos y ayuntamientos), y del Servicio de sanidad Militar dependiente del Ministerio de Defensa. En este aspecto hay que destacar la realización de la asistencia sanitaria de beneficencia (142), que al afectar a los sujetos sin derecho a Seguridad Social y sin recursos suficientes para contratar un seguro privado, completan el espectro de población demandante de salud (143).

Con la reforma del sistema de salud la actuación de todas estas entidades públicas queda integrada en el Sistema Nacional de Salud como se analiza más adelante.

### 3.2.2.2.3. La reforma del Sistema Nacional de Salud.

La Ley General de Sanidad establece un cambio en el sistema de salud español. Sus objetivos han sido desarrollados al tratar el marco legal, por lo que en este apartado vamos a centrarnos en la nueva estructura institucional que surge de su contexto.

La tendencia inducida por esta Ley consiste en modificar el habitual sistema de Seguridad Social en el que se basaba la asistencia sanitaria en España, para alcanzar un Sistema Nacional de Salud. Este es concebido como el "conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y la coordinación general sanitaria ejercida por el Estado" (144). Como ya se ha mencionado, el citado proceso culminará con la transferencia a todas las Comunidades Autónomas de las competencias en la gestión de la Seguridad Social y con la creación de sus propios Servicios de Salud (145).

En este punto parece oportuno analizar la nueva estructura, la coordinación del sistema y las principales implicaciones sobre las sociedades cooperativas del sector de la salud.

---

(142) ESPAÑA: LEY 14/1986..., "Opus cit", Disposición Final Segunda. En la que se establece que el Estado es el encargado de la armonización del sistema sanitario de beneficencia que realizan diputaciones, provincias y ayuntamientos.

(143) E. ARROJO: "El Sistema Nacional...", "Opus cit", pp. 39-43. Realiza un estudio sobre la población sin ningún seguro y los acogidos a la beneficencia.

(144) "Ibid.", p. 8.

(145) Véase: P. MANSILLA: **Reforma Sanitaria. Fundamentos para un análisis**, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1986.

### 3.2.2.2.3.1. La nueva estructura.

La nueva estructura del sistema sanitario establece dos niveles de actuación con diferentes competencias; la Administración Central del Estado y la administración territorial.

#### 3.2.2.2.3.1.1. La Administración Central del Estado.

La Administración Central del Estado es la encargada de aprobar los Planes de Salud que afectan a todo el territorio nacional, y de ejercer sus competencias legislativas, informativas y de coordinación. Además, el Estado tiene competencias exclusivas, en cuanto a la sanidad, en aspectos como la sanidad exterior, la alta inspección, o las actividades reglamentarias y normativas en áreas como el medio ambiente, la alimentación humana o los medicamentos.

El Ministerio de Sanidad y Consumo es el principal responsable de llevar a cabo las competencias de la Administración Central en materia de salud. Además, existe una separación entre las funciones de Ministerio e INSALUD, estableciendo las funciones de financiación y compra encomendadas al primero, y las de provisión y producción de servicios al último.

La organización central del Ministerio de Sanidad y Consumo ha sido reestructurada mediante el Real Decreto 987/1991 (146), y posteriormente con los Reales Decretos 858/1992 (147) y 1415/1994 (148).

En la citada estructura (cuadro 8) hay que señalar que del propio Ministro dependen directamente el INSALUD y la Subsecretaría de Sanidad y Consumo. Esta Subsecretaría es la encargada de la coordinación general del Ministerio.

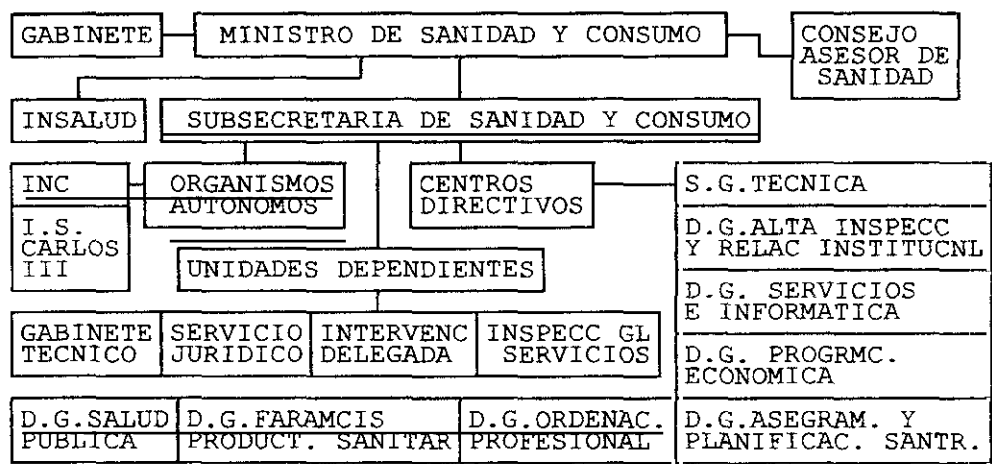
---

(146) ESPAÑA: REAL DECRETO 987/1991..., "Opus cit".

(147) ESPAÑA: REAL DECRETO 858/1992..., "Opus cit", arts. 3,4,5,6, y 10.

(148) ESPAÑA: REAL DECRETO 1415/1994..., "Opus cit", arts. 1-8.

CUADRO 8. ESTRUCTURA CENTRAL DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.



3.2.2.3.1.2. La administración territorial.

Antes de considerar la actuación territorial en las Comunidades Autónomas y en las corporaciones locales es necesario tener en cuenta la división realizada en Areas de Salud y Zonas Básicas de Salud, en la que se fundamenta el sistema sanitario.

\* Las Areas de Salud (149).

Cada Comunidad Autónoma se divide en Areas de salud, que son las responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud en la misma. Para su dirección cuentan con un órgano propio, en el que participan las Corporaciones Locales.

\* Las Zonas Básicas de Salud.

A su vez las Areas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud, que constituyen el marco territorial de la atención primaria donde desarrollan las actividades sanitarias de salud los "Centros Integrales de Atención Primaria".

Una vez conocida la nueva distribución territorial es posible analizar las competencias conferidas a las Comunidades Autónomas y las que corresponden a las Corporaciones Locales.

(149) ESPAÑA: LEY 14/1986..., "Opus cit", arts. 56 y 63.

#### A) Las Comunidades Autónomas.

Las Comunidades Autónomas han recibido una serie de competencias en materia de salud, que se encuentran definidas en cada uno de los estatutos de autonomía individualmente (150).

La reforma establecida en la Ley General de Seguridad Social de 1986 prevé que en cada Comunidad Autónoma se cree un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la comunidad, ayuntamientos, diputaciones y cualquier administración territorial intracomunitaria.

La transferencia a las comunidades sigue varias fases, ya que mientras que todas las comunidades han accedido a las competencias en materia de salud pública, solamente siete de ellas tienen la transferencia en cuanto a la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social propios del INSALUD (151).

Esta circunstancia ha tenido efectos importantes sobre la actuación territorial realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y la efectuada por el INSALUD.

##### A.1) La actuación territorial del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Dicho ministerio realiza su función territorial mediante las Direcciones Territoriales del Ministerio de Sanidad y Consumo. Existe una de las citadas direcciones por Comunidad Autónoma, bajo la coordinación de la Delegación del Gobierno de la comunidad en la que se encuentre. Al frente de cada una de ellas hay un Director Territorial con dependencia del Subsecretariado del Departamento, actuando como director de la Comisión Ejecutiva Provincial correspondiente (152).

##### A.2) La actuación territorial del INSALUD.

En el INSALUD, tanto sus competencias como su estructura se modifican en función de las transferencias realizadas a cada una de las Comunidades Autónomas. Así se puede distinguir entre:

###### A.2.1) Comunidades Autónomas con competencias transferidas en la gestión del INSALUD.

Actualmente sólo siete comunidades han recibido estas transferencias. Las mencionadas comunidades realizan mediante sus propios servicios de salud la actuación que

---

(150) Sobre las competencias ver: F. MANRRIQUE: **Competencias del Estado y las Comunidades Autónomas en materia de Seguridad Social**, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1985.

(151) I. RIESGO: **Los hospitales españoles: Análisis crítico de urgencia**, Fondo de Investigaciones Sanitarias, Oviedo, 1991, pp. 13-15.

(152) ESPAÑA: REAL DECRETO 19348/1993 de 24 de marzo, sobre la organización de los servicios territoriales del Ministerio de Sanidad y Consumo, **B.O.E.** N. 71, de 24 de marzo, art. 3.

el INSALUD venía desarrollando en su territorio. Las comunidades y servicios de salud con competencias para realizar la gestión del INSALUD son las siguientes:

- el Instituto Catalán de la Salud (153),
- el Servicio Andaluz de la Salud (154),
- el Servicio Vasco de Salud (OSAKIDETZA) (155),
- el Servicio Valenciano de Salud (SERVASA) (156),
- el Servicio de Salud de Galicia (SERGAS) (157),
- el Servicio de Salud de Navarra (OSASUNBIDEA) (158),
- el Servicio Canario de Salud (159).

Según la Ley General de Sanidad (160), el INSALUD continúa existiendo hasta que no se culmine el proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas. Estas comunidades integran en sus respectivos Servicios de Salud los centros asistenciales de las Corporaciones locales.

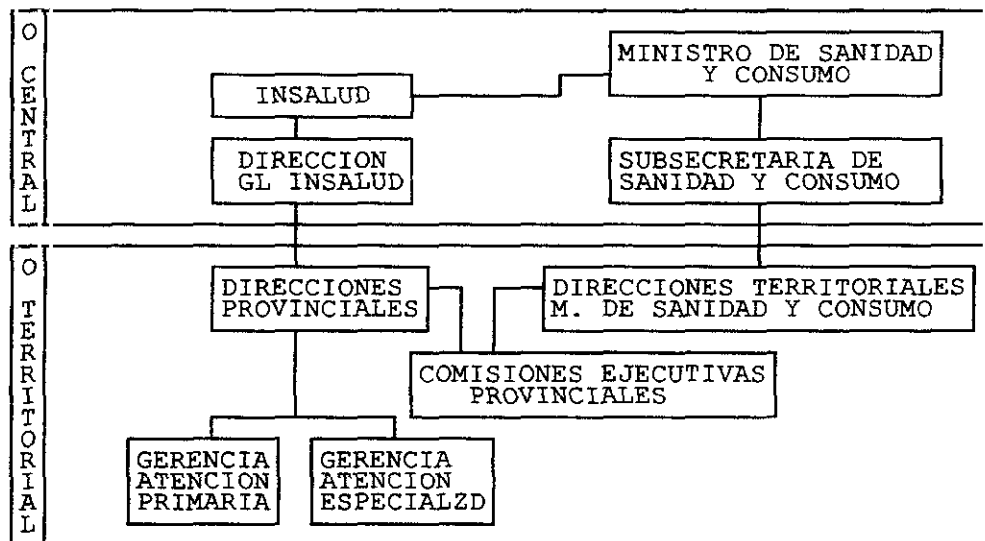
A.2.2) Comunidades Autónomas con competencias transferidas únicamente en salud pública, pero no en la gestión del INSALUD (cuadro 9).

La actuación en materia de salud pública ha sido asumida por las 17 Comunidades Autónomas. Sin embargo, hasta que se culmine el proceso de transferencias, el INSALUD sigue realizando directamente su actuación en todas ellas excepto en las siete que han creado sus propios servicios de salud.

- 
- (153) ESPAÑA: REAL DECRETO 1517/1981 de 8 de julio por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma de Cataluña las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 88, de 12 de abril.
- (154) ESPAÑA: REAL DECRETO 400/1984 de 22 de febrero, por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma de Andalucía las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 51, de 29 de febrero.
- (155) ESPAÑA: REAL DECRETO 1536/1987 de 6 de noviembre, por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma del País Vasco las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 299, de 15 de diciembre.
- (156) ESPAÑA: REAL DECRETO 1612/1987 de 27 de noviembre, por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma Valenciana las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 312, de 30 de diciembre.
- (157) ESPAÑA: REAL DECRETO 1679/1990 de 28 de diciembre, por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma de Galicia las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 313, de 31 de diciembre.
- (158) ESPAÑA: REAL DECRETO 1680/1990 de 28 de diciembre, por el que se traspasan a la Comunidad Foral de Navarra las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 313, de 31 de diciembre.
- (159) ESPAÑA: REAL DECRETO 446/1994 de 11 de marzo, por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma Canaria las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 85, de 9 de abril.
- (160) ESPAÑA: LEY 14/1986..., "Opus cit", Disposición Adicional Tercera.

En este grupo de comunidades el proceso de adaptación a la Ley General de Sanidad ha supuesto que el INSALUD realice su función mediante tres órganos fundamentales (cuadro 9) las Direcciones Provinciales, las Gerencias de Atención Primaria y las Gerencias de Atención Especializada.

CUADRO 9. ESTRUCTURA SANITARIA EN LAS COMUNIDADES AUTONOMAS SIN TRANSFERENCIAS EN LA GESTION DEL INSALUD.



- Las Direcciones Provinciales.

Que dependiendo de la Dirección General del INSALUD, son las encargadas de la dirección y gestión de las prestaciones sanitarias realizadas por el mismo en su ámbito territorial. De estas direcciones dependen las Gerencias de Atención Primaria y de Atención Especializada.

- Las Gerencias de Atención Primaria.

Se establece una por Area de Salud, siendo las responsables de la dirección, control y gestión de la asistencia primaria en su ámbito de actuación.

- Las Gerencias de Atención Especializada.

Su ámbito territorial coincide con el del hospital o complejo hospitalario que dirige, siendo la responsable de gestión de la asistencia sanitaria en dicho ámbito.



## B) Las Corporaciones Locales.

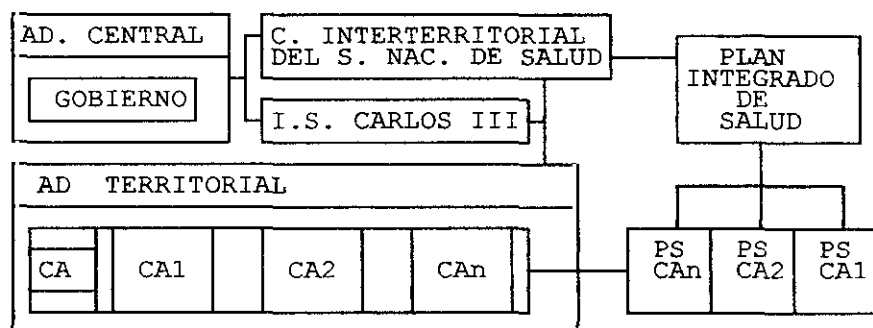
La Ley General ha supuesto un recorte en las competencias sanitarias de las Corporaciones Locales, dejándolas sin responsabilidad en la gestión de servicios (161). Esto hace que las Corporaciones Locales se adscriban a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, estableciendo de mutuo acuerdo la transferencia de sus competencias a las mismas (162). Sin embargo mantienen algunas competencias en la gestión de servicios en aquellas comunidades en las que éstas aun no han sido transferidas.

### 3.2.2.2.3.2. La coordinación y planificación sanitaria.

La coordinación general del sistema de salud corresponde al Gobierno. Sin embargo, también intervienen en la misma el Consejo Territorial del Sistema Nacional de Salud, como órgano de coordinación entre las administraciones sanitarias y el Instituto de la salud Carlos III, como órgano de apoyo científico-técnico (163).

El Gobierno es el encargado de elaborar los criterios generales de coordinación sanitaria, para lo que se establece el "Plan Integrado de Salud" (164). Este Plan, recoge en un documento único los planes, estatales, los de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos. A su vez los planes de las Comunidades Autónomas engloban los planes de las diferentes áreas de salud que las forman (cuadro 10).

CUADRO 10. LA PLANIFICACION Y COORDINACION SANITARIA.



CA: Comunidades Autónomas.

PS: Planes de Salud.

(161) E. PORTELLA, J.I. CUERVO: "Análisis del Proceso de Implantación de la Reforma Sanitaria en España", *Revista Española de sanidad Pública y Administración Sanitaria*, N.1, p. 232.

(162) ESPAÑA: LEY 14/1986..., "Opus cit", Disposición Transitoria Primera.

(163) MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: "España: Sistema Nacional de Salud", *Informes, ponencias y Comunicaciones*, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989, Madrid, pp. 31-33.

(164) ESPAÑA: LEY 14/1986..., "Opus cit", Capítulo IV.

Con el Plan Integrado se culmina el sistema de planificación sanitaria con el que se determina la asignación a realizar, las fuentes de financiación y las acciones sanitarias a desarrollar, anual o plurianualmente. Es confeccionado por la Administración del Estado, estudiado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y aprobado por el Gobierno.

### **3.2.2.2.3.3. Principales implicaciones sobre las sociedades cooperativas del sector de la salud.**

El nuevo contexto creado por la reforma del sector de la salud afecta a las sociedades cooperativas como a uno más de sus integrantes del mismo, pero además presenta unas características especiales.

La Ley General de Sanidad da prioridad en la celebración de conciertos con la Administración, a las entidades privadas sin ánimo de lucro siempre que existan condiciones de eficacia, calidad y costes análogos (165).

En el concierto, para el que es necesaria una homologación previa, se fijan :

- Los derechos y obligaciones de las partes.
- Las garantías para que se de una igualdad en la asistencia sanitaria, salvo las diferencias sanitarias inherentes a la naturaleza del proceso.

Por su parte las entidades concertadas se comprometen a no establecer servicios complementarios a los que existen en los centros sanitarios públicos dependientes de la Administración Pública concertante. Además, los centros concertados pueden recibir ayudas para realizar actividades calificadas como de alto interés social (166).

Se trata, por tanto, de una alternativa tanto para las sociedades cooperativas como para el resto de entidades privadas sin ánimo lucrativo, que, en igualdad de condiciones, tienen preferencia a la hora de realizar convenios con la Administración Pública. Para acceder a este importante mercado las propias sociedades cooperativas deben exigirse así mismas alcanzar esa competitividad que les permita obtener ventajas dentro del sector de la salud.

---

(165) "Ibid.", art. 90.2.

(166) "Ibid.", art. 92, en el que se establece que la calificación de actividades de alto interés social se realiza por el Gobierno mediante Real Decreto.

### **3.3. El marco socio-económico.**

Para estudiar el entorno socio-económico de las sociedades cooperativas de salud, hay que tener en cuenta las características de los sujetos que intervienen en las mismas, junto a la naturaleza de su relación con la cooperativa. Por ello conviene no olvidar la importancia que tiene en estas sociedades cooperativas el ciclo salud-enfermedad-salud así como considerar los aspectos liberales de la situación de los médicos, farmacéuticos y demás profesionales de la salud, que mediatizan su integración en una disciplina de empresa (167).

Las sociedades cooperativas del sector de la salud se integran por un colectivo de personas que se asocian para cubrir unas necesidades relativas a la salud. Su naturaleza les lleva a una participación activa en las mismas que se pone de manifiesto en una serie de relaciones que se rigen por la Constitución y el Ordenamiento General del Estado y por las normas especiales (según su actividad) y generales de la Ley General de Cooperativas de 1987. Además, cada sociedad cooperativa tiene la opción de establecer formalmente algunos aspectos de sus relaciones socio-económicas mediante los Estatutos.

La posibilidad de que se den las figuras de socio, asociado, así como otras relaciones con las diferentes clases de sociedades cooperativas, son resumidas en el cuadro 11 y son analizadas detalladamente más abajo. Hay que destacar que la principal diferencia se encuentra en los socios trabajadores que únicamente aparecen en las sociedades cooperativas de trabajo asociado.

---

(167) Las características de la sanidad en España son analizadas por: V. CABALLER: "La formazione nel nuovo contesto di Welfare: una introduzione", en VARIOS: **Innovazione e formazione nel settore socio-sanitario. Le nuove professionalità per l'economia sociale: il caso dell'Italia e della Spagna**, Franco Angeli, Milano, 1995, pp. 15-20.

CUADRO 11. POSIBLES RELACIONES DE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD CON LOS SOCIOS, ASOCIADOS Y OTROS COLECTIVOS.

		COOP SECTOR SALUD				
		CF	PF	PV	TA	IS
SOCIOS	USUARIOS	SI	SI	SI	NO	SI
	DE TRABAJO	NO	NO	NO	SI	NO
	TRABAJADORES	SI	SI	SI	NO	SI
ASOCIADOS		SI	SI	SI	SI	SI
OTROS	ASALARIADOS	SI	SI	SI	SI	SI
	TERCEROS	SI	SI	SI	SI	SI
	LETRADO ASESOR	SI	SI	SI	SI	SI
	AUDITORES EXT.	SI	SI	SI	SI	SI

CF: Cooperativas farmacéuticas.  
 PF: Seguros a prima fija.  
 PV: Seguros a prima variable.  
 TA: Trabajo asociado.  
 IS: Instalaciones sanitarias.

### 3.3.1. Los socios.

Con la admisión como socio de una sociedad cooperativa se inicia una relación que permanece hasta el momento de la baja. En el período que transcurre entre ambas situaciones se producen una serie de relaciones, socio-cooperativa, que se materializan en un conjunto de derechos y obligaciones cuyo análisis forma el contenido de este apartado. Además, hay que señalar que las normas establecidas en la Ley General de Cooperativas son de aplicación a todas las sociedades cooperativas del sector salud, por lo que se pone especial interés en las variaciones producidas por su actividad, sanitaria o farmacéutica.

Como norma general el número mínimo de socios es de cinco para todas las sociedades cooperativas, incluidas las de trabajo asociado (168). Sin embargo, en el caso de las sanitarias a prima fija o variable, es necesario contar con un mínimo de cincuenta, según se establece en la legislación de seguros (169).

(168) Sobre el número mínimo de socios véase: N. PAZ CANALEJO: "Principales innovaciones de la Ley 3/1987, General de Cooperativas", *Revista de Estudios Cooperativos*, N. 54-55, pp. 21 y 22. Además, las legislaciones valenciana y catalana permiten que las cooperativas de trabajo asociado estén formadas por tres socios.  
 (169) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", arts. 9.2.a en relación con 9.4.a y 10.2; y ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", art. 25.b.

En otro orden de cosas conviene aclarar que las características recogidas en primer lugar para los socios usuarios, son aplicables a los socios de trabajo y a los socios trabajadores, y que las variaciones con respecto a éstas se encuentran en epígrafes posteriores.

**3.3.1.1. El socio usuario o cooperador.**

Los socios usuarios o cooperadores de la salud son el principal elemento personal de las sociedades cooperativas que componen dicho sector, a excepción de las sanitarias de Trabajo Asociado. Su papel alcanza gran relevancia al ser partícipes, con sus decisiones, del destino de la sociedad.

**3.3.1.1.1. Posibles socios usuarios de las sociedades cooperativas del sector de la salud.**

La Ley General determina la posibilidad de ser socio de una sociedad cooperativa de primer grado tanto a las personas físicas como a las jurídicas (170). Sin embargo, en las cooperativas de Trabajo Asociado y en las de instalaciones sanitarias, solamente pueden ser socios personas físicas. Además, en las últimas se establecen algunas particularidades por razón de la edad y nacionalidad que son estudiadas en el apartado correspondiente a los socios trabajadores.

**CUADRO 12. POSIBLES SOCIOS DE LAS COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD SEGUN SU PERSONALIDAD, FISICA O JURIDICA.**

COOP SECTOR SALUD	POSIBLES SOCIOS	
	P. FISICAS	P. JURIDICAS
SG PRIMA FIJA	SI	SI
SG PRIMA VARIABLE	SI	SI
TRABAJO ASOCIADO	SI	NO
INSTLC. SANITARIAS	SI	NO
FARMACEUTICA	SI	SI

Hay que distinguir entre los socios usuarios de las cooperativas de asistencia sanitaria y los de las cooperativas farmacéuticas:

(170) Un análisis sobre este tema se encuentra en: C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "Las personas jurídicas como socios de las sociedades cooperativas de primer grado o cooperativas propiamente dichas en España: Necesidad de una revisión legal", *Revista de Estudios Cooperativos*, N. 60, pp. 61-75.

#### A) Sociedades cooperativas de asistencia sanitaria.

Como rasgo común en las cooperativas sanitarias a prima fija y variable los socios usuarios o cooperadores son los asegurados en la cooperativa para la cobertura de los riesgos relativos a su salud y a la de los beneficiarios de los mismos.

El aspecto fundamental que diferencia a los socios de los dos tipos de sociedades es que mientras en las primeras la prima pagadera es fija y se desembolsa al principio del período de riesgo, en las segundas es variable y se hace efectiva con posterioridad a los siniestros. Sin embargo, algunos autores como CARRO (171) defienden que ambas primas pueden ser variables, por lo que la auténtica diferencia se produce en el momento del vencimiento de la misma.

Los socios usuarios de las cooperativas de instalaciones sanitarias o de hospitalización, son los destinatarios de la asistencia sanitaria, por lo que pueden coincidir con los socios de las cooperativas sanitarias de seguros.

#### B) Sociedades cooperativas farmacéuticas.

Como sociedades cooperativas de servicios pueden ser socios de las mismas tanto personas físicas como jurídicas. Para analizar a los socios usuarios de las cooperativas farmacéuticas, es necesario distinguir entre los farmacéuticos; propietario, regente, adjunto y sustituto (172).

- El farmacéutico propietario de una oficina de farmacia es aquel a cuyo nombre se extiende la autorización y acta de apertura de la farmacia.

Pueden existir varios copropietarios siempre que sean farmacéuticos.

- Farmacéutico regente es el farmacéutico, no propietario ni copropietario de una oficina de farmacia, nombrado como responsable de la misma en el caso de muerte de su titular. Esta figura se analiza en profundidad más adelante al tratar la baja de los socios en caso de muerte.

- Farmacéutico adjunto es el licenciado en farmacia no propietario ni copropietario de oficina de farmacia que ejerce de forma conjunta con los propietarios y regentes su actividad profesional en la citada oficina.

---

(171) J.A. CARRO DEL CASTILLO: "Las mutuas de seguros", **Hacienda Pública Española**, N. 98, p. 72.

(172) ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 17 de enero de 1980, sobre funciones y servicios de las oficinas de farmacia, **B.O.E.** N. 28 de 1 de diciembre, art. 4.

- Se entiende por farmacéutico sustituto el que ejerce, en lugar del propietario o del regente, su actividad profesional en una oficina de farmacia según los casos establecidos reglamentariamente.

Los socios de las cooperativas farmacéuticas se asocian para la mejora de sus actividades profesionales, fundamentalmente la distribución y suministro de servicios farmacéuticos. Aunque los Estatutos de las cooperativas farmacéuticas contienen diferentes cláusulas, todas son unánimes a la hora de admitir un único socio por oficina de farmacia. De forma genérica, pueden ser socios usuarios de estas entidades:

B.1) Los Doctores o licenciados en farmacia, en los siguientes casos:

- Si ejercen su profesión con oficina de farmacia abierta al público.
- Algunas sociedades cooperativas incluyen también a los titulares de Laboratorios de análisis o de producción.
- Los que sin tener abierta oficina de farmacia estén inscritos en el Colegio Oficial de Farmacéuticos del lugar de residencia, y muestren justificadamente el propósito de establecerse en un plazo máximo de seis meses.

B.2) El heredero del socio, siempre que sea titular de una oficina de farmacia o pueda llegar a serlo. Esta situación es analizada en profundidad al estudiar la transmisión por fallecimiento.

B.3) Las sociedades cooperativas farmacéuticas.

B.4) El Colegio Oficial de Farmacéuticos del lugar donde se encuentre el domicilio social de la sociedad cooperativa.

B.5) El Municipio y demás Corporaciones, públicas o privadas, así como otras personas jurídicas e instituciones facultadas por las Leyes para establecer oficinas de farmacia.

### 3.3.1.1.2. Adquisición de la condición de socio usuario.

En función del momento de tiempo en la vida de la sociedad cooperativa se puede adquirir la condición de socio en el momento de su constitución, o al ingresar en una cooperativa ya constituida:

- En el momento de la constitución los promotores, en un número no inferior a cinco, pasan a ser los primeros socios de la sociedad cooperativa.
- Al ingresar en una sociedad cooperativa ya constituida, los nuevos socios deben cumplir los requisitos incluidos en los Estatutos para adquirir dicha condición.

La sociedad cooperativa, a través de su Consejo, puede denegar la adquisición de la condición de socio siempre que exista un motivo justificado.

En el caso de cooperativas sanitarias a prima fija o variable, la condición de socio es inseparable de la de tomador del seguro o asegurado. Cuando no coincidan los anteriores requisitos en una misma persona la condición de socio corresponde al tomador, a no ser que se establezca, de forma expresa en la póliza, al asegurado como tal.

### 3.3.1.1.3. Relaciones internas socio-cooperativa.

Las relaciones internas entre el socio y la cooperativa se ponen de manifiesto mediante los derechos y obligaciones de éstos, su responsabilidad y el régimen de Seguridad Social.

#### 3.3.1.1.3.1. *Derechos.*

La Ley General de Cooperativas establece una serie de derechos para sus socios (173). Varios de ellos van a ser analizados en diferentes capítulos de este trabajo, especialmente los económicos, por lo que en el apartado que nos ocupa, aunque serán mencionados todos ellos, sólo son desarrollados los aspectos cuyo contenido no esté incluido en otros capítulos. Los derechos de los socios de una cooperativa son (174):

---

(173) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 35.1.

(174) J.J. SANZ JARQUE: "Derechos y obligaciones de los socios de las cooperativas", *Revista de Estudios Cooperativos*, N. 54-55, pp. 64-75.



#### A) Derechos económicos.

- Percibir intereses por las aportaciones al capital social, en caso de que esté previsto en los Estatutos.
- Percibir el retorno cooperativo.
- Derecho a la actualización de las aportaciones al capital social.
- Derecho a la devolución de las aportaciones al capital social.

#### B) Derechos políticos y otros.

- Ser elector y elegible para los cargos de los órganos sociales. Estos cargos son:
  - \* Miembros del Consejo Rector y Asamblea General.
  - \* Interventores y componentes de Comité de Recursos si existe.
- Formular propuestas y participar con voz y voto en la toma de acuerdos por la Asamblea General y el resto de órganos sociales.
- Recibir la información necesaria para el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.
- Participar en la actividad empresarial de la sociedad cooperativa. Este mismo aspecto es contemplado también como una obligación para el socio.
- Otros derechos que deriven de las normas legales y de los Estatutos sociales.

#### 3.3.1.1.3.2. Obligaciones.

Las obligaciones de los socios son las siguientes (175):

#### A) Obligaciones económicas.

- Desembolsar sus aportaciones al capital social.

---

(175) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 34.

## B) Otras obligaciones.

- Participar en las actividades de formación.
- Asistir a las reuniones de los órganos colegiados de los que formen parte.
- Cumplir los acuerdos válidamente adoptados por los órganos sociales de la sociedad cooperativa.
- Participar en las actividades cooperativizadas para el cumplimiento del fin social de la misma, en la cuantía mínima establecida en los Estatutos.
- Guardar secreto sobre aquellos asuntos y datos relativos a la sociedad cooperativa, cuya divulgación puede perjudicar los intereses sociales de la misma.
- No efectuar actividades competitivas con las realizadas por la sociedad cooperativa, salvo autorización expresa del Consejo Rector.
- Aceptar los cargos para los que resulten elegidos.

### 3.3.1.1.3.3. *La responsabilidad.*

La norma general que rige a las sociedades cooperativas es que los socios no responderán personalmente de las deudas sociales, salvo disposición en contra de los Estatutos sociales (176). Sin embargo, los Estatutos no pueden modificar la responsabilidad personal del socio que cause baja de la cooperativa "por las deudas sociales, previa excusión del haber social, durante cinco años desde la pérdida de la condición de socio, por las obligaciones contraídas por la cooperativa, con anterioridad a su baja, hasta el importe desembolsado de sus aportaciones al capital social" (177).

Mientras que las sociedades cooperativas farmacéuticas y las de instalaciones sanitarias siguen la norma general, en las cooperativas sanitarias a prima fija y variable hay que distinguir (cuadro 13):

---

(176) En relación al sentido de la responsabilidad limitada puede consultarse: L. FERNANDEZ DE LA GANDARA: **La atipicidad en Derecho de Sociedades**, Pórtico, Zaragoza, 1977, pp. 466-470.

(177) ESPAÑA: LEY 3/1987... "Opus cit", art. 71.

A) Prima variable.

La responsabilidad de los socios a la hora de cubrir los riesgos propios de estas entidades, según la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado y el Reglamento vigente, será "mancomunada, proporcional al importe de los respectivos capitales asegurados en la propia entidad y limitada a dicho importe" (178).

B) Prima fija.

Los socios no responderán de las deudas sociales a no ser que los Estatutos así lo establezcan. Sigue, por tanto, el criterio de la Ley General de Cooperativas pero imponen que la responsabilidad se limite al importe de la prima anualmente pagada, condición que debe destacarse en la póliza de seguros.

CUADRO 13. RESPONSABILIDAD DE LOS SOCIOS USUARIOS DE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD.

COOP. SECT. SALUD	RESPONSABILIDAD DE SOCIOS USUARIOS
FARMACEUTICAS	NO RESPONDEN PERSONALMENTE
PRIMA FIJA	NO RESPONDEN PERSONALMENTE PERO LOS ESTATUTOS PUEDEN LIMITAR AL IMPORTE DE LA PRIMA ANUAL
PRIMA VARIABLE	MANCOMUNADA PROPORCIONAL A LA PRIMA Y LIMITADA A DICHO IMPORTE
INSTLC. SANITARIAS	NO RESPONDEN PERSONALMENTE
TRABAJO ASOCIADO	NO TIENEN SOCIOS USUARIOS

3.3.1.1.3.4. Régimen de Seguridad Social.

La relación de los socios usuarios con la sociedad cooperativa no es la prestación de trabajo, lo que hace que se trate de una figura excluida del ámbito de aplicación de la Seguridad Social. Por tanto, estos socios no deben ser dados de alta en la Seguridad Social por su relación con la sociedad cooperativa, al margen de su afiliación por otras circunstancias personales.

(178) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", art. 10.1; y ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", art. 37

3.3.1.1.4. Extinción de la condición de socio.

Se pueden diferenciar cuatro causas de extinción de la relación jurídica de un socio con su cooperativa; por baja voluntaria, obligatoria, por fallecimiento y por disolución y consiguiente liquidación de la sociedad cooperativa (cuadro 14).

CUADRO 14. RESUMEN DE LAS CAUSAS DE EXTINCION DE LA CONDICION DE SOCIO.

B A J A  D E L  S O C I O	VOLUNTARIA	SIN CAUSA JUSTIFICADA
		CON CAUSA JUSTIFICADA
	OBLIGATORIA	PERDIDA DE REQUISITOS DE SOCIO
	FALLECIMIENTO	CONTINUIDAD HEREDEROS
	LIQUIDACION	PROCESO DE LIQUIDACION

A) Baja voluntaria.

La Ley General de Cooperativas vigente prevé dos supuestos:

- Siguiendo el "principio cooperativo de puerta abierta" (179) el socio puede darse de baja en cualquier momento sin necesidad de que exista una causa justificada. Si no existe esa causa los Estatutos pueden obligar al socio a no darse de baja hasta que finalice el ejercicio económico o que haya transcurrido un tiempo determinado, inferior a cinco años, desde su admisión. Las consecuencias económicas son analizadas más abajo.
- El socio disconforme con un acuerdo de la Asamblea General que implique la asunción de cargas gravemente onerosas, no previstas en los Estatutos puede darse de baja, con la consideración de justificada, en el caso de que hubiera salvado expresamente su voto en la asamblea o hubiese estado ausente.

(179) Sobre las implicaciones del principio de puerta abierta puede consultarse: A.D. SERRANO SOLDEVILLA: La cooperativa..., "Opus cit".

## B) Baja obligatoria.

El socio que pierda los requisitos exigidos para adquirir tal condición, recogidos en este mismo capítulo, dejará obligatoriamente de serlo (180).

En el caso de los socios de las cooperativas sanitarias a prima fija y variable, finaliza su relación como tales después de sesenta días desde el requerimiento para el pago de aportaciones obligatorias o derramas pasivas. Sin embargo, el contrato de seguro sigue vigente hasta el vencimiento del seguro en curso.

Los efectos causados por la baja obligatoria sobre el reembolso de aportaciones se estudian detalladamente en más abajo al analizar los flujos económico financieros.

## C) Por fallecimiento.

En caso de fallecimiento del socio, sus derechohabientes pueden recibir las aportaciones de éste, si los últimos son socios o adquieren dicha condición en el plazo de seis meses.

En este sentido hay que destacar que las cooperativas farmacéuticas suelen contener cláusulas estatutarias que permiten, a la viuda o a los huérfanos de un farmacéutico socio fallecido, mantener la condición de socio siempre que continúen con la oficina de farmacia de acuerdo con la legislación vigente. Los herederos adquieren automáticamente la condición de socios, subrogándose en los derechos y obligaciones del causante, sin que se produzca interrupción, e iniciación de nuevo, de los causahabientes con la sociedad cooperativa.

Este hecho hace aconsejable un análisis de las diferentes situaciones que pueden presentarse en el caso de fallecimiento de un farmacéutico titular de una oficina de farmacia (cuadro 15), teniendo en cuenta la existencia o no de un copropietario (181).

---

(180) Con relación a este tema puede verse: J. F. DUQUE DOMINGUEZ: "La baja obligatoria del socio", **Revista de Estudios Cooperativos**, Ns. 56-57, pp. 13-48.

(181) ESPAÑA: REAL DECRETO 909/1978 de 14 de abril, sobre instalación, traslado y transmisión de oficinas de farmacia, **B.O.E.** N. 106, de 4 de mayo, art. sexto; y ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 21 de noviembre de 1979, por la que se complementa el real Decreto 909/1978, **B.O.E.** N. 302, de 18 de diciembre, arts. 16-21.

CUADRO 15. CARACTERISTICAS DE LAS COOPERATIVAS FARMACEUTICAS EN LA EXTINCION DE LA CONDICION DE SOCIO POR FALLECIMIENTO.

EXISTENCIA DE COPROPIETARIO	SITUACION DEL HEREDERO		NECESIDAD DE REGENTE
NO	FARMACEUTICO		NO
	NO	NO ESTUDIANTE	18 MESES
	FARMACEUTICO	ESTUDIANTE	LICENCIATURA
SI	FARMACEUTICO		NO
	NO FARMACEUTICO		NECESARIO

- Si no existe copropietario puede ocurrir que el heredero esté en disposición de continuar la actividad farmacéutica o que no lo esté.

En el primer caso tiene la opción de vender la oficina de farmacia, o de continuar con misma, pasando, si opta por la segunda posibilidad, a ser nuevo socio de la cooperativa. Si decide no continuar dispone de 18 meses para tomar la decisión antes de la clausura de la oficina. Durante este periodo la farmacia puede permanecer abierta si a su frente se encuentra un farmacéutico regente.

Si el heredero no es licenciado o doctor en farmacia, debe vender la oficina de farmacia según los plazos mencionados a no ser que la viuda o hijos del fallecido, en el momento de la muerte de éste, se encuentren cursando estudios de farmacia y pretendan continuar el ejercicio profesional en la citada oficina. Esta situación hace posible que se pida autorización para mantener abierta dicha oficina, siempre que al frente figure un farmacéutico regente, hasta la obtención de la licenciatura y mientras no se pierdan dos cursos de forma consecutiva o tres de forma alternativa.

- Si el fallecido es farmacéutico copropietario de una oficina de farmacia, y socio de la sociedad cooperativa, el proceso es similar, pero no es necesario el nombramiento del farmacéutico regente. Sin embargo los herederos del fallecido pueden nombrar un regente que les represente, en cuyo caso uno de los dos farmacéuticos será el único socio de la cooperativa en representación de esa oficina de farmacia.

#### D) Por disolución y liquidación de la sociedad.

Si se cumplen las causas establecidas por la Ley General de Cooperativas o por las disposiciones específicas para la disolución de una sociedad cooperativa (182), y se aprueba el acuerdo de disolución se inicia el periodo de liquidación (183).

#### **3.3.1.2. Los socios trabajadores.**

Son los socios de las sociedades cooperativas de trabajo asociado, y por lo que respecta al sector de la salud los integrantes de la modalidad sanitaria de estas sociedades. El objetivo de las citadas cooperativas consiste en proporcionar a los socios puestos de trabajo para producir en común bienes y servicios destinados a terceros. En este caso los servicios son los propios de la prestación de asistencia sanitaria a los usuarios de salud. La vinculación de estos socios con la sociedad cooperativa "no es a través del típico contrato de trabajo, sino mediante un contrato de sociedad" (184).

Para que estas sociedades sean consideradas de trabajo asociado la Ley General de Cooperativas establece que es necesario que asocien a "profesionales de la salud y a personal no sanitario" (185) en un número mínimo de cinco. Para ALONSO (186), de la interpretación literal de la Ley se deduce que no es posible que existan cooperativas sanitarias de trabajo asociado formadas únicamente por profesionales de la salud, pero un análisis lógico, indica que no hay ningún obstáculo para su formación. Los socios deben tener la capacidad legal y física para desarrollar los citados servicios de asistencia sanitaria.

En las cooperativas sanitarias de trabajo asociado los socios no son clientes o asegurados, como en el caso de las cooperativas sanitarias a prima fija y variable, sino que prestan su trabajo a la propia sociedad cooperativa (cuadro 16). Estos socios tienen la peculiaridad de contratarse como asalariados así mismos. Por tanto, como socios tratan de lograr la mayor productividad del sector trabajo y, a la vez, como trabajadores buscan maximizar las ventajas sociales (187).

---

(182) J. LLUIS Y NAVAS: "La extinción de las Cooperativas a tenor de la Ley de 1987", **Revista de Estudios Cooperativos**, Ns. 54-55, pp. 230-137.

(183) Sobre el orden de la adjudicación del haber social en caso de liquidación puede verse: J. GUTIERREZ DEL ALAMO Y MAHOU: **Estudio...**, "Opus cit", p. 241.

(184) G. LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS: "El trabajo asociado: núcleo de la Economía Social", en VARIOS: **I Congreso de Economía Social de Galicia**, Dirección Xeral de Traballo de la Consellería de Traballo e Servicos Sociais, Santiago de Compostela, 1991, p. 408.

(185) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 144.3.

(186) F. ALONSO SOTO: **Ensayos sobre...**, "Opus cit", p. 200.

(187) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "El problema de la doble condición de socios-trabajadores (socios-proveedores y socios-consumidores) ante la gerencia de la empresa cooperativa", **Revista de Estudios Cooperativos**, N. 56-57, pp. 105, 106 y 112.

CUADRO 16. RELACION ENTRE SOCIOS Y CLIENTES EN LAS COOPERATIVAS DE ASISTENCIA SANITARIA.

COLECTIVOS SECTOR SALUD	P. FIJA P. VARIABLE INST SANITAR	TRABAJO ASOCIADO
USUARIOS DE SALUD	SOCIOS	CLIENTES
PERSONAL SANITARIO	TRABAJADORES	SOCIOS

3.3.1.2.1. Particularidades con respecto a los socios usuarios.

Por lo que respecta a las características estudiadas para los socios usuarios, los integrantes de las cooperativas de trabajo asociado presentan las siguientes diferencias:

A) Posibles socios trabajadores.

Hay que mencionar cuatro particularidades con respecto a los socios anteriormente estudiados:

- Todos los socios de las cooperativas de trabajo asociado deben ser personas físicas que aportan su trabajo personal, limitando el número máximo de trabajadores asalariados con contrato a tiempo indefinido al 10% del total de los socios (188).
- Los extranjeros pueden ser socios de acuerdo con lo dispuesto en la legislación específica de su prestación de trabajo en España.
- No podrán ser socios trabajadores los menores de dieciséis años. Los menores de edad pero mayores de dieciséis años, sólo pueden ser socios en las cooperativas en las que no exista responsabilidad personal por las deudas sociales.
- Existe la posibilidad de que los Estatutos determinen que la admisión de los nuevos socios se realice mediante un periodo de prueba, eliminable por mutuo acuerdo. Como norma general el número de socios trabajadores en situación de prueba no superará el 10% del total de socios de la cooperativa.

(188) F. VALDES DAL-RE: "Notas sobre el nuevo régimen jurídico de las cooperativas de trabajo asociado", *Revista Española de Derecho del Trabajo*, N. 1, 1980, abril-junio, p. 77, se muestra partidario de la eliminación de las personas jurídicas de estas sociedades cooperativas.



## B) Derechos y obligaciones.

Los derechos económicos coinciden con los que les corresponden como socios usuarios, aunque hay que añadir el derecho a percibir periódicamente, en el plazo no superior a un mes, anticipos laborales en cuantía similar a las retribuciones normales en la zona y sector de actividad para los distintos puestos de trabajo o categorías profesionales.

En los casos de reembolso de aportaciones por baja del socio se establecen diferencias con respecto al tipo de referencia para fijar los intereses. El citado aspecto es analizado más abajo.

## C) Responsabilidad.

Los socios trabajadores siguen la norma general de ausencia de responsabilidad personal por las deudas sociales, salvo disposición en contra de los Estatutos sociales. Sin embargo, y como peculiaridad, hay que citar que en el caso de que los Estatutos no fijen responsabilidad para los socios trabajadores, podrán ingresar como tales los menores de edad, mayores de dieciséis años, siempre y cuando cumplan los requisitos mencionados para que este colectivo adquiera la condición de socio trabajador.

## D) Seguridad Social.

La inclusión de los socios trabajadores de las cooperativas de trabajo asociado dentro del campo de aplicación de la Seguridad Social, lleva implícita una serie de situaciones que afectan específicamente a las cooperativas sanitarias de trabajo asociado.

La Ley General de Cooperativas de 1987 (189) y posteriormente el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social de 1994 (190), recogen en términos similares la posibilidad de la cooperativa de trabajo asociado para elegir, estatutariamente, entre dos opciones relativas a la integración de sus socios trabajadores en el régimen de Seguridad Social :

---

(189) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. disposición adicional cuarta.

(190) ESPAÑA: REAL DECRETO 1/1994..., "Opus cit", arts. disposición adicional cuarta y disposición derogatoria única m. En la primera disposición citada se regula en términos similares a la Ley General de Cooperativas de 1987 la integración de los socios trabajadores en la Seguridad Social, mientras que en la segunda se deroga expresamente la disposición adicional cuarta de la Ley 3/1987 General de Cooperativas.

- "Como asimilados a trabajadores por cuenta ajena". Por lo que dichos trabajadores quedarán integrados en el Régimen General o en alguno de los especiales según su actividad.
- "Como trabajadores autónomos en el régimen especial correspondiente".

Sin embargo, hasta que no se incluya el colectivo profesional de los Colegios o Asociaciones Profesionales de Médicos en el Sistema de Seguridad Social, no es aplicable esta libertad de elección para los componentes del mencionado colectivo que sean socios trabajadores de una cooperativa sanitaria de trabajo asociado. Dicho colectivo únicamente puede acceder a la protección como trabajador por cuenta ajena.

Esta medida, de carácter transitorio, no afecta, inicialmente, a otros colectivos que pueden ser socios trabajadores (fisioterapeutas, técnicos de laboratorio,...). Sin embargo en 1989, mediante Real Decreto (191), se regula el alcance y términos de la opción prevista en la Ley General de Cooperativas. Como aspectos más destacados hay que citar que la elección realizada tiene una duración mínima de cinco años y que debe afectar a todos los socios trabajadores de la cooperativa.

Dado que el régimen elegido debe ser el mismo para todos los socios trabajadores, y que existe obligatoriedad de que los socios médicos se acojan al régimen por cuenta ajena, puede interpretarse que la existencia de un médico como socio de una de estas cooperativas, impide al resto de los socios trabajadores acceder al régimen de Seguridad Social por cuenta propia. Sin embargo, el objetivo de la mencionada limitación es afectar a los socios médicos, por lo que a quien debe impedirse el acceso a el régimen por cuenta propia es a este colectivo y no al resto de los socios (192).

Los socios a prueba deben darse de alta como trabajadores por cuenta propia o ajena, pero siempre en el mismo régimen en el que se encuentren los socios trabajadores de la sociedad cooperativa de la que forman parte. También se les aplican las particularidades citadas para los miembros del colectivo médico.

---

(191) ESPAÑA: REAL DECRETO 225/1989 de 3 de marzo, sobre las condiciones de incorporación al Sistema de Seguridad Social de los socios trabajadores de cooperativas de trabajo asociado, **B.O.E.** N. 57, de 8 de marzo.

(192) Sobre la obligación de todos los socios trabajadores a ser incluidos en el mismo régimen, y la implicación con la transitoria imposibilidad de los socios médicos a optar por el régimen de autónomos puede verse: R. SANCHEZ-BARRIGA PENAS: **Cooperativas y Seguridad Social**, Junta de Andalucía, Sevilla, 1993, pp. 18-20.

## E) Prestación por desempleo.

La regulación de las prestaciones por desempleo se encuentran recogidas, con carácter general, en la Ley 31/1984 de Protección al Desempleo (193). En el caso de los socios trabajadores de cooperativas de trabajo asociado se establecen, mediante el Real Decreto 1043/1985 (194), una serie de condiciones para tener derecho a las mencionadas prestaciones. Así, se consideran en situación legal de desempleo:

- Los que, con carácter definitivo, cesen en la prestación de trabajo en la sociedad cooperativa, por los siguientes supuestos:
  - \* Por expulsión improcedente.
  - \* Por causas económicas, de fuerza mayor o tecnológicas.
- Los aspirantes a socio cesados por decisión unilateral del Consejo Rector.

El mismo decreto determina las normas y procedimiento para la declaración legal de desempleo cuyo desarrollo detallado excede del objeto de este trabajo.

### **3.3.1.3. Los socios de trabajo.**

Son definidos en la Ley General de Cooperativas como los socios "personas físicas, cuya actividad cooperativizada consistirá en la prestación de su trabajo personal en la cooperativa" (195). Se trata, por tanto, de personas que asumen el doble papel de asalariados y socios de la cooperativa. De la misma forma que ocurre con los socios usuarios, éstos deben desembolsar las aportaciones establecidas, pero, a diferencia de los primeros, su participación en la actividad cooperativizada consiste en la prestación de su propio trabajo (196).

En las sociedades cooperativas del sector de la salud tanto de primer grado, exceptuando las sanitarias de trabajo asociado, como en las de segundo o ulterior grado es posible, si así lo prevén los Estatutos, la

---

(193) ESPAÑA: LEY 31/1984 de 2 de agosto, de Protección por Desempleo por el que se modifica el título II de la Ley 51/1980 de 8 de octubre, B.O.E. N. 186 de 4 de agosto.

(194) ESPAÑA: REAL DECRETO 1043/1985 de 19 de junio, por el que se amplía la protección por desempleo a los socios trabajadores de cooperativas de trabajo asociado, B.O.E. N. 157, de 2 de julio, arts. 1-5.

(195) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 30.1.

(196) G. FAJARDO GARCIA: "Participación de los trabajadores en el régimen socioeconómico de la cooperativa", *Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa*, N. 7, junio-septiembre 1989, pp. 145-146 y 160-164.

existencia de socios de trabajo (197). Aunque no hay ninguna limitación legal para ello, los Estatutos de las cooperativas farmacéuticas no suelen incluir esta figura, aunque dicha circunstancia no elimine la posibilidad de su existencia. Sin embargo, esta limitación es expresa para el cargo de Director Técnico de la cooperativa farmacéutica (198).

La exigencia de que los Estatutos prevean la admisión de socios de trabajo en la sociedad cooperativa, impide su existencia en el momento prefuncional en el que aún no existen Estatutos aprobados (199). Los citados socios pueden ingresar en una sociedad cooperativa ya constituida según se determine estatutariamente de dos formas:

- Si los Estatutos no prevén un período de prueba, pueden ingresar directamente.
- En el caso de que los Estatutos si prevean un período de prueba, pueden ingresar tras superar el mismo. Sin embargo, si el nuevo socio hubiera sido trabajador por cuenta ajena de la sociedad cooperativa, como mínimo, el mismo tiempo que se exige como período de prueba, el citado período no se aplicará.

### 3.3.1.3.1. Particularidades con respecto a los socios trabajadores.

Las normas que regulan la relación entre la sociedad cooperativa y los socios de trabajo buscan asociar al trabajador con la marcha de la cooperativa, en la cual ha tenido una parte importante (200). Por ello les son aplicables las mismas normas estudiadas para los socios trabajadores, aunque con alguna variación (201):

- Los Estatutos sociales deben prever la admisión de estos socios.
- No participan de las pérdidas procedentes de la actividad cooperativizada, que se imputarán al Fondo de Reserva y si es necesario a los socios usuarios en la cantidad necesaria para asegurar una compensación mínima igual al 60% de las retribuciones satisfechas en la zona por igual trabajo, y nunca inferior al salario mínimo interprofesional.

---

(197) El origen de la figura del socio de trabajo en la legislación cooperativa se encuentra analizado en: N. PAZ CANALEJO: "Notas sobre la Nueva figura del socio de trabajo", *Revista de Estudios Cooperativos*, N. 48, mayo-agosto de 1979, pp. 25-54.

(198) ESPAÑA: LEY 25/1990..., "Opus cit", art. 80.1.

(199) J. GUTIERREZ DEL ALAMO Y MAHOU: *Estudio...*, "Opus cit", p. 174.

(200) M. ALONSO GARCIA: *Curso de Derecho del Trabajo*, Ariel, Madrid, 1981, p. 486.

(201) N. PAZ CANALEJO: "La Cooperativa como superación del esquema clásico de relaciones laborales", *Revista de Política Social*, N. 133, Madrid, enero-marzo de 1982, p. 21. Realiza un estudio comparativo sobre los socios de trabajo y socios trabajadores basado en el anteproyecto de Ley de Cooperativas de 1980. Muchas de sus conclusiones son aplicables a la normativa vigente.

- No pueden formar parte del Consejo Rector en número superior a la mitad de los miembros de éste.
- A efectos de Seguridad Social, los socios de trabajo se asimilan a los trabajadores por cuenta ajena, por lo que en todo caso quedan integrados en el Régimen General de la Seguridad Social. Por tanto no es posible la opción por el régimen de autónomos.

Así el régimen de Seguridad Social aplicable a los diferentes socios de las cooperativas del sector de la salud puede resumirse en un el cuadro 17, en el que se ponen de manifiesto la posibilidad de elección de régimen para los socios trabajadores, a excepción de los médicos. Tampoco disponen de la citada alternativa los socios de trabajo, mientras que los socios usuarios no deben ser dados de alta en ninguno de los regímenes.

**CUADRO 17. APLICACION DEL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL A LOS DIFERENTES SOCIOS DE COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD.**

	SOCIOS TRABAJADORES			SOCIOS DE TRABAJO	SOCIOS USUARIOS
	NO MEDICOS	MEDICOS	PRUEBA		
SANTR TA	CA o CP	CP	MRST	-	-
SANTR PF	-	-	-	CA	NO
SANTR PV	-	-	-	CA	NO
I. SANTR	-	-	-	CA	NO
FARMCETC	-	-	-	CA	NO

CA: Régimen por cuenta ajena.  
 CP: Régimen por cuenta propia.  
 NO: No deben ser dados de alta en ningún régimen.  
 MRST: Necesariamente tienen que optar por el mismo régimen de todos los socios trabajadores.

### 3.3.2. Los asociados.

Junto a los socios, incluidos los trabajadores y de trabajo, la Ley General de Cooperativas vigente admite la presencia de asociados con el fin de potenciar el desarrollo de la sociedad cooperativa mediante el estímulo de los recursos propios (202). Su existencia debe ser prevista en los Estatutos, aunque mientras permanezcan los asociados en la cooperativa no pueden eliminar esta figura, ni siquiera modificando los

(202) La Ley General de Cooperativas de 1987 dedica íntegramente a la figura del asociado el CAPITULO V. ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", arts. 39-41.

Estatutos. Por tanto todas las sociedades cooperativas del sector de la salud disponen de esta fuente de recursos financieros, aunque se trate de una posibilidad facultativa de cada sociedad.

Para analizar el papel de los asociados dentro de las sociedades cooperativas, se va a seguir el mismo esquema utilizado en este capítulo para los socios.

### **3.3.2.1. Posibles asociados de una sociedad cooperativa.**

La Ley General de Cooperativas, en su exposición de motivos, faculta para ser asociado de una sociedad cooperativa a "cualquier persona física o jurídica, pública o privada, con independencia de que antes hubiesen sido o no socios de la Cooperativa" (203). Se establece la limitación de que una misma persona no puede tener, simultáneamente en una misma cooperativa, la condición de socio y asociado.

### **3.3.2.2. Adquisición de la condición de asociado.**

Para adquirir la condición de asociado se requiere una solicitud y desembolsar una aportación al capital social:

A) La solicitud debe realizarse por escrito al Consejo Rector, que resolverá la admisión o no.

B) El nuevo asociado estará obligado a desembolsar la aportación mínima al capital social fijada por los Estatutos o la Asamblea General.

La no exigibilidad de la actividad cooperativizada, ha sido criticada por diferentes autores que afirman que su efecto es la introducción de unos socios capitalistas, que atentan contra la esencia de las cooperativas como sociedades de personas convirtiéndolas también en sociedades de capital (204).

---

(203) G. FAJARDO GARCIA: "Participación de los trabajadores...", *"Opus cit"*, p. 144. La Ley de Cooperativas de 1974 y su Reglamento sólo permitían a los antiguos socios y sus derechohabientes, que por razones justificadas no puedan continuar participando en la actividad cooperativizada, permanecer en la misma como asociados. En similares condiciones se manifiesta la Ley de Cooperativas Valenciana, denominando como socios excedentes a los Asociados.

(204) Véase: J.J. SANZ JARQUE: "Derechos y obligaciones...", *"Opus cit"*, p. 55.

### **3.3.2.3. Relaciones internas asociado-cooperativa.**

Las relaciones entre los asociados y las sociedades cooperativas del sector de la salud se establecen en función de los derechos y obligaciones de los mismos, así como por su responsabilidad.

#### **3.3.2.3.1. Derechos de los asociados.**

##### **A) Derechos económicos.**

- Devengo de los intereses pactados por sus aportaciones.
- A la actualización de sus aportaciones en similares condiciones a las de los socios.
- Derecho a la devolución de las aportaciones al capital social.

Señalar que no tienen derecho al retorno cooperativo, ni pueden desarrollar actividades cooperativizadas.

##### **B) Otros derechos políticos.**

- A participar en la Asamblea General, con voz y un conjunto de votos que sumados no representen más del 20% del total de votos de la sociedad cooperativa. El valor del voto de cada asociado es el mismo, independientemente de sus aportaciones al capital social, y nunca puede superar la unidad.
- A la asistencia de un representante elegido entre ellos, con voz pero sin voto, en las reuniones del Consejo Rector, siempre y cuando así lo autoricen los Estatutos.
- Derecho a la información en los mismos términos previstos para los socios en la recepción de copias de los Estatutos sociales y del Reglamento de Régimen Interno.

Los asociados no están autorizados a ser miembros del Comité de Recursos ni Interventores.

#### 3.3.2.3.2. Obligaciones de los asociados.

Puede distinguirse entre las obligaciones económicas y las restantes.

A) Las obligaciones económicas se refieren a hacer efectivo el desembolso mínimo del capital social en los plazos previstos. No están obligados a realizar aportaciones voluntarias.

B) Otras obligaciones.

- Guardar secreto sobre datos de la sociedad cooperativa en los mismos términos establecidos para los socios en la Ley y Estatutos.
- No efectuar actividades competitivas con la realizada empresarialmente por la sociedad cooperativa, a no ser que sean autorizados por el Consejo Rector.

#### 3.3.2.3.3. Responsabilidad de los asociados.

Los asociados no responden, en ningún caso, personalmente de las deudas sociales.

#### 3.3.2.4. *Extinción de la relación de asociado.*

Cuatro son las causas de extinción de la relación entre la sociedad cooperativa y los asociados. Por lo que respecta a las normas relativas al reembolso de aportaciones de los asociados o sus derechohabientes, son analizadas en el apartado dedicado a las mismas más abajo.

A) Baja voluntaria.

El asociado puede darse de baja voluntariamente en la cooperativa, en cualquier momento, comunicándolo por escrito al Consejo Rector. Sin embargo, los estatutos pueden fijar un tiempo, no superior a cinco años, contado desde su admisión, que impide al asociado darse de baja hasta que éste no transcurra.

B) Baja obligatoria.

La expulsión se produce por falta muy grave tipificada en los Estatutos.



### C) Fallecimiento.

El carácter de las aportaciones de los asociados fallecidos se desarrolla en los apartados destinados a la transmisión de aportaciones.

### D) Disolución y liquidación.

En caso de liquidación el reintegro a los asociados de sus aportaciones al capital social, se realiza después de saldar las deudas sociales y justo antes de devolver a los socios sus aportaciones.

## 3.3.3. Otras relaciones de la sociedad cooperativa.

Se trata de relaciones laborales o mercantiles, pero que la Ley General de Cooperativas incluye dentro del ámbito de las sociedades cooperativas.

### 3.3.3.1. *Trabajadores asalariados.*

La relación que vincula a las sociedades cooperativas y a los trabajadores asalariados es de carácter laboral, aunque la Ley General de Cooperativas se refiere a los mismos en determinadas ocasiones. El número de trabajadores asalariados con contrato por tiempo indefinido en las cooperativas sanitarias de trabajo asociado está limitado al 10% del total de sus socios (205).

Los trabajadores asalariados de cualquier clase de sociedad cooperativa, además de contar con los derechos reconocidos en el Estatuto de los Trabajadores y en el resto de la legislación laboral, disfrutan de una serie de derechos que los diferencian de los trabajadores de otras sociedades (206). Estos derechos son:

A) La participación en los excedentes disponibles que en principio corresponden a los socios.

La citada participación tiene carácter salarial y es compensable con el complemento de similar naturaleza establecido en la normativa laboral, aplicándose el mayor de los dos. Además, como se analiza más abajo, existen normas diferentes para fijar la cantidad de esta participación según se

---

(205) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 118.7.

(206) Véase: F. ALONSO SOTO: "Las Relaciones laborales en las cooperativas en España", *Revista Española Derecho del Trabajo*, Civitas, N. 20, 1984.

trate de cooperativas de trabajo asociado o del resto de sociedades cooperativas del sector de la salud (207).

#### B) Participación en el Consejo Rector.

Uno de los trabajadores formará parte, como vocal, del Consejo Rector, cuando la sociedad cooperativa tenga más de 50 trabajadores con contrato a tiempo indefinido, o cuando, independientemente del número, así esté previsto en los Estatutos.

#### C) Beneficiarios del Fondo de Educación y Promoción.

Los trabajadores son beneficiarios, junto a los socios, del Fondo de Educación y Promoción, al ser los destinatarios de la formación y educación en los principios cooperativos, y la difusión del cooperativismo en su entorno social.

### 3.3.3.2. Operaciones con terceros.

La Ley General de Cooperativas señala en su exposición de motivos que "las cooperativas pueden realizar operaciones con terceros no socios aún cuando no concurren circunstancias excepcionales" (208).

La postura adoptada por la Ley ha hecho surgir discrepancias entre diferentes autores que critican y defienden esta posición. Los primeros argumentan que las operaciones cooperativizadas deben reservarse sólo para los socios en el cumplimiento del objeto social (209). El segundo grupo defiende que lo que la Ley intenta, es dotar a la sociedad cooperativa de una mejor posición en el mercado facultándola para realizar operaciones con terceros que pueden resultar muy beneficiosas para la sociedad.

De lo que no hay ninguna duda es que esta medida potenciadora queda frenada si se observa que los resultados, positivos o negativos, de las operaciones con terceros se imputan al irrepartible Fondo de Reserva Obligatorio, lo que puede hacer que se pierdan interesantes operaciones para la sociedad.

En la Ley General de Cooperativas 3/1987 se establecen dos posibles causas que permiten realizar estas operaciones (cuadro 18):

---

(233) En relación a la desaparición del derecho de ingreso preferente como socio de los trabajadores asalariados, en las cooperativas de trabajo asociado véase: F. VALDES DAL-RE: "Notas sobre el nuevo régimen...", "Opus cit".

(208) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", exposición de motivos.

(209) C. BOTELLA GARCIA-LASTRA: "La revisión del concepto...", "Opus cit", p. 200.

A) Para las clases de sociedades cooperativas que la citada Ley prevea estas operaciones, y siempre bajo las condiciones y limitaciones que en la propia Ley se imponen para cada una de ellas. Así para las sociedades cooperativas del sector de la salud hay que distinguir:

A.1) Sociedades cooperativas de asistencia sanitaria.

En el caso de las cooperativas de asistencia sanitaria la actividad empresarial se efectúa con diferentes sujetos según su clase. En la modalidad de trabajo asociado la prestación se realiza con terceros, por lo que para estas entidades las mencionadas operaciones son parte de su actividad habitual. Por su parte, para las sanitarias de seguros no existe norma o disposición específica al respecto.

Las sociedades cooperativas de instalaciones sanitarias o de hospitalización, tienen en cuenta las disposiciones relativas a las cooperativas de consumidores y usuarios. Por tanto, y como norma general, pueden prestar servicios hospitalarios a terceros "dentro del ámbito de la misma, establecido estatutariamente" (210), en los siguientes casos:

- Por motivo de utilidad pública si así lo acuerda la autoridad competente.
- A los entes públicos.
- Durante nueve meses, a partir de la instalación de un nuevo punto de ventas.
- Si esta posibilidad aparece recogida en los Estatutos de la sociedad cooperativa.

*En todos los casos citados, excepto en el último, el precio de los servicios prestados a los terceros debe ser el mismo que el de los socios.*

A.2) Las sociedades cooperativas farmacéuticas.

Realizan su actividad cooperativizada con los socios farmacéuticos. Sin embargo, como todas las sociedades cooperativas de servicios, pueden efectuar la citada actividad con terceros, siempre que el volumen de éstas no supere el 10% de la actividad cooperativizada realizada con sus socios. Esta circunstancia debe estar recogida estatutariamente, lo que no suele suceder en la práctica.

B) Cualquier sociedad cooperativa puede ser autorizada, por el Instituto Nacional de Fomento de la Economía Social, para ampliar sus actividades y servicios con terceros en el caso de que los

---

(210) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 127.3.

límites impuestos por la Ley para sus operaciones pongan en peligro su viabilidad económica.

CUADRO 18. CAUSAS QUE PERMITEN REALIZAR OPERACIONES CON TERCEROS A LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR SALUD.

CAUSAS	COOP. FARMACEUT.	P. FIJA Y VARIAB.	TRABAJO ASOCIADO	INSTALAC SANITARIAS
PREVISTAS EN LEY 3/1987	MENOR O IGUAL AL 10% DE AC CON SOCIOS	SIN DISPOSIC. ESPECIF.	ACTIVO NORMAL	UTILIDAD PUB. ENTES PUB. NUEVO CENTRO ESTATUTOS
NO PREVISTAS	SI LIMITES IMPUESTOS POR LA LEY 3/1987 PONEN EN PELIGRO VIABILIDAD ECONOMICA			

### 3.3.3.3. El Letrado Asesor.

En las disposiciones adicionales de la Ley General de Cooperativas se establece la obligatoriedad de la designación de un Letrado Asesor, para las sociedades cooperativas que arrojen un volumen normal de operaciones superior a 250 millones de pesetas en las cuentas del último ejercicio económico. Con esta figura se busca deslindar las diferentes áreas operativas y responsabilidades dentro de las sociedades cooperativas, separando la función gestora, que corresponde al Consejo Rector, de las tareas de asistencia jurídica, asignadas al Letrado Asesor (211).

El ejercicio de su función es incompatible con el de miembro del Comité de Recursos, del Consejo Rector, de Interventor o de Director, y su relación con la sociedad cooperativa puede ser de arrendamiento de servicios, de contrato laboral, o como socio trabajador o de trabajo asociado de la cooperativa.

La función conferida consiste en dictaminar, mediante su firma, si se ajustan a derecho los acuerdos adoptados por el Consejo Rector o por la Asamblea General que sean inscribibles en algún registro público. Además, el citado letrado responde civilmente en caso de negligencia profesional frente a la sociedad cooperativa, sus socios y terceros.

(211) N. PAZ CANALEJO: "Principales innovaciones...", "Opus cit", pp. 33 y 34.

#### **3.3.3.4. Los auditores externos.**

Las cuentas anuales de las sociedades cooperativas deben ser verificadas, en los supuestos fijados por la Ley General de Cooperativas, por personas físicas o jurídicas ajenas a dicha sociedad.

Las personas físicas deben ser expertos titulados superiores y las jurídicas tener a su servicio a personas físicas que reúnan los requisitos señalados. Con ello se completa un triple deslinde operativo y de responsabilidad, uniendo a la función gestora y a la asistencia jurídica, encomendadas respectivamente al Consejo Rector y al Letrado Asesor, la revisión contable que recae en los Interventores y en los auditores externos.

La regulación de la figura del auditor externo y de sus funciones está recogida en la Sección tercera de la Ley General de Cooperativas (212), en la que hay que diferenciar los supuestos que obligan a la verificación de las cuentas por personas ajenas a la sociedad cooperativa, el nombramiento de los auditores, sus incapacidades e incompatibilidades, y la formulación de su informe (213).

---

(212) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 69.

(213) La auditoría en las sociedades cooperativas es analizada por: S. ORTEGA MARCOS: "La responsabilidad civil en la auditoría de cooperativas: Una primera aproximación", *Revista de Estudios Cooperativos*, N. 60, pp. 109-127.

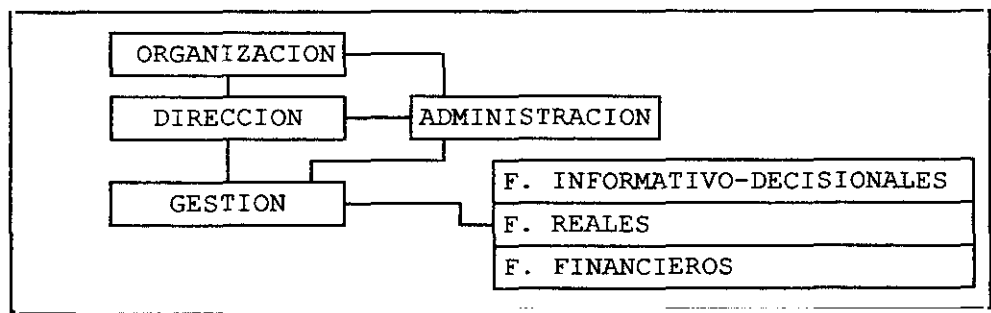
4. Análisis de los flujos en las sociedades cooperativas del sector de la salud.

Toda organización, entre las que se incluyen las sociedades cooperativas del sector de la salud, para cumplir sus objetivos necesita establecer una serie de relaciones entre los encargados de fijar dichos objetivos y los responsables de ejecutar las acciones necesarias para lograrlos. Estas relaciones se establecen a través de cuatro subsistemas (1):

- A) La organización. Es la poseedora del poder para fijar los objetivos y determinar responsabilidades.
- B) La dirección. Es la encargada de establecer cómo deben lograrse los citados objetivos.
- C) La gestión. Es la responsable de ejecutar las acciones establecidas por la dirección. Actúa como un instrumento de esta última.
- D) La administración. Es la estructura que soporta la transmisión de la información y de las decisiones.

La relación entre los citados elementos (cuadro 19), se basa en la fijación de objetivos por la organización, en la determinación de las líneas de actuación para cumplir dichos objetivos realizada por la dirección, y en la ejecución de acciones concretas por la gestión. Todo este proceso es realizado dentro del marco de la Administración.

CUADRO 19. LA ORGANIZACION EMPRESARIAL.



(1) En este análisis se sigue: C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "El problema de la...", "Opus cit", pp. 91-102.

La gestión empresarial discurre a través de tres tipos de flujos, que son el objeto pormenorizado del estudio realizado más abajo:

- Los flujos informativo-decisionales.
- Los flujos reales.
- Los flujos financieros.

#### **4.1. Los flujos informativo-decisionales.**

Los flujos informativo-decisionales constituyen una de las tareas de la gestión de toda empresa. La información es el elemento fundamental que va a ser tomado como base para la posterior toma de decisiones, por lo que un buen sistema informativo es fundamental para la marcha de la empresa. Además, a la hora de analizar estos flujos, es necesario tener en cuenta las características del sector de la salud, así como de las propias sociedades cooperativas.

##### **4.1.1. La circulación de información.**

La información consiste en un conjunto de signos con un contenido determinado. Para el buen funcionamiento de una organización compleja es necesario la circulación de esta información, consiguiendo que su interpretación corresponda con su contenido.

Las sociedades cooperativas del sector de la salud son organizaciones complejas, por lo que sus componentes poseen una serie de conocimientos y criterios, que unidos permiten tomar una decisión ante una situación concreta. El funcionamiento, con respecto a las prestaciones de salud realizadas por estas entidades, depende en buena parte:

- Del almacenamiento de los conocimientos y la información, en forma de datos.
- Su registro mediante un sistema normalizado.
- Su puesta a disposición de los miembros de la organización.

Además, dadas las características especiales del sector de la salud, la información obtenida mediante el contacto directo entre el médico y el paciente y entre los diferentes integrantes del personal médico que tratan

a un mismo paciente, deben ser uno de los elementos fundamentales para lograr un buen nivel de prestaciones (2).

#### ***4.1.1.1. Los socios y el derecho a la información.***

La Ley General de Cooperativas establece una serie de derechos para los socios (3). Aunque la enumeración y desarrollo de estos derechos se ha realizado más arriba es fundamental, para comprender el funcionamiento de las sociedades cooperativas, detenerse en el derecho de los socios a la información, y en las consecuencias en la participación de los mismos, tanto en la gestión como en la toma de decisiones.

La citada Ley 3/1987 se refiere al derecho de los socios a que le sea remitida la información necesaria para el cumplimiento de sus obligaciones y el ejercicio del resto de derechos también recogidos en la misma.

El derecho a la información mencionado se refiere principalmente al conocimiento de los datos económicos y de la situación de la sociedad cooperativa (Balance, Cuenta de Pérdidas y Ganancias, Memoria explicativa, Propuesta de distribución o de imputación de excedentes, etc.), aunque también deja una puerta abierta para cualquier otro tipo de información mediante la creación de comisiones.

#### ***4.1.1.2. El coste de la información en las entidades del sector de la salud.***

La determinación de las prestaciones de salud y las decisiones relativas a la gestión empresarial se realizan en función de la información disponible. En el primer caso son determinadas por el personal sanitario, mientras que en el segundo dependen de los órganos de dirección empresariales. Esta información tiene una influencia económico financiera, que en las sociedades cooperativas alcanza mayor relevancia, al ser sus socios dueños y trabajadores de las mismas.

El sistema de almacenamiento y de circulación de la información lleva implícito un coste directo y otro indirecto. El primero deriva de los medios materiales y humanos necesarios para realizarlo, mientras que el coste indirecto viene determinado por las consecuencias económicas de las decisiones tomadas en función de la información disponible.

---

(2) A. MUÑOZ MACHADO: **Los sistemas sanitarios y...**, "Opus cit", p. 170.

(3) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 35.1.



Como ejemplo de este coste indirecto puede citarse el producido al determinar un tratamiento adecuado a un paciente, sin necesidad de soportar otros costes superfluos derivados de tratamientos innecesarios. Esta decisión se basa, lógicamente, en la información disponible sobre el paciente (como su historial clínico, sus análisis de laboratorio), y en otros relacionados con los medios técnicos disponibles (como las camas hospitalarias o las alternativas farmacéuticas para su tratamiento).

La dimensión adecuada de un sistema de información, implica encontrar un equilibrio entre los ingresos esperados con el mismo y los costes que origina. Las principales dificultades para conseguir este equilibrio tienen su origen en la rapidez de la evolución tecnológica (4) y en la dificultad para medir los beneficios de dicho sistema en unidades económicas (5).

#### 4.1.2. La estructura de la toma de decisiones.

En la toma de decisiones es fundamental tener en cuenta la actividad de dirección y en especial al organismo al que corresponde la propuesta del marco jurídico en el que tanto empresas públicas como privadas deben moverse. En el Sector salud esta tarea corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo, cuya composición y funciones han sido analizadas más arriba.

Aunque la acción del citado ministerio tiene su principal influencia sobre el Sector Público, las entidades privadas que actúan dentro del Sistema Sanitario también se ven afectadas.

Las entidades del sector de la salud encajan perfectamente en lo que MINTZBERG denomina organización profesional (6). Se trata de organizaciones en las que la pirámide de jerarquía se invierte ya que los profesionales que forman la base de la misma tienen un gran margen de autonomía mientras que los directivos se limitan a la gestión de recursos (7).

---

(4) La adaptación tecnológica a la estructura organizativa empresarial es analizada en: V. TENA RODRIGUEZ: **La estructura organizativa como variable estratégica en las decisiones económico-financieras en la empresa**, Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Madrid, 1993, pp. 85-93.

(5) Un análisis sobre el coste de la información como recurso escaso puede verse en: M.J. SELVA DOMINGUEZ: "Acerca de la problemática económico-financiera de la dirección ante la gestión de la información", en VARIOS: **Actas del VII Congreso Nacional y III Congreso Hispano-Francés de AEDEM**", (Tomo II), Publicaciones AETEA, Córdoba, 1993.

(6) La organización profesional es una de las siete configuraciones estructurales establecidas por: H. MINTZBERG: **Mintzberg y la dirección**, Díaz de Santos, Madrid, 1989.

(7) La aplicación de esta teoría a las cooperativas sanitarias se encuentra recogida en: A.C. MORALES GUTIERREZ: "Factores para la eficacia en la organización profesional: una aproximación teórica y empírica en el sector sanitario", **Revista de Fomento Social**, N. 191, julio-septiembre 1993, pp. 383-403; y A.C. MORALES GUTIERREZ: "Factores críticos en la organización profesional: El caso de una entidad de asistencia sanitaria", en VARIOS, **Actas del VII Congreso Nacional y III Congreso Hispano-Francés de AEDEM**", (Tomo II), Publicaciones AETEA, Córdoba, 1993, pp. 2-16.

Las teorías y técnicas de dirección deben guiar cualquier Sistema Sanitario, para lo que es fundamental que las decisiones sean tomadas desde la posición más próxima al problema (8). Esto hace que una vez fijado unos fines para los diferentes subsistemas, se les hagan corresponder capacidades de decisión equivalentes. Con independencia de los datos facilitados a la dirección central, cada decisión debe acompañarse por un control realizado por el mismo subsistema.

Los médicos que efectúen un diagnóstico y un tratamiento de recuperación, deben controlar personalmente los resultados obtenidos y en su caso hacer las correcciones necesarias. Se crea así un conjunto de relaciones múltiples que ligán a individuos de diferentes niveles jerárquicos conteniendo además un gran número de relaciones horizontales, que tienden a conseguir un sentido de autorresponsabilidad en la toma de decisiones (9).

Desde el punto vista financiero, aún teniendo en cuenta las repercusiones económicas de las decisiones asistenciales, se pone mayor énfasis en las relativas a la gestión empresarial. Este motivo lleva a analizar en primer término los órganos societarios, para posteriormente estudiar la participación en la toma de decisiones de las sociedades cooperativas del sector de la salud.

#### **4.1.2.1. Los órganos societarios.**

Los órganos de la sociedad cooperativa traducen las exigencias de organización genérica de una gran empresa siendo la forma de elaborar y manifestar la voluntad de sus socios (10).

De los cuatro órganos sociales previstos en la Ley General de Cooperativas: la Asamblea General, el Consejo Rector, los Interventores y el Comité de Recursos, sólo los tres primeros son obligatorios, mientras que la existencia del Comité de Recursos depende de que así esté establecido en los Estatutos. Por otra parte, todos los órganos citados son colegiados excepto los Interventores. También hay que hacer referencia a que, además de los cuatro órganos mencionados, existe un Director, otros posibles Comités, los Consejos y/o Comisiones, y el Letrado asesor.

---

(8) Sobre la toma de decisiones en las cooperativas de trabajo asociado véase: D. KEPA URIARTE: **Gestión humana a medida de las cooperativas de trabajo asociado**, Federación de Cooperativas de Trabajo Asociado de Euskadi, 1993, pp. 252-266.

(9) A. MUÑOZ MACHADO: **Los sistemas sanitarios y...**, "Opus cit", p. 166.

(10) A. B. MUÑOZ VIDAL: "Aproximación al estudio de los órganos de la Sociedad, dentro del marco de relaciones societarias cooperativas bajo la nueva Ley 3/1987 de 2 de abril", **Revista de Estudios cooperativos**, N. 54-55, pp. 124-126.

#### 4.1.2.1.1. La Asamblea General.

Es el órgano, obligatorio y colegiado, que constituye el máximo instrumento de la voluntad social. En ella radica la soberanía de la sociedad cooperativa y se representa la organización democrática recogida en los principios cooperativos.

Entre sus objetivos, reflejados en la declaración de motivos de la Ley General de Cooperativas 3/1987, destacan los de facilitar y potenciar la participación de los socios en el gobierno de la cooperativa, profundizar en el carácter democrático de la sociedad y facilitar la adopción de acuerdos, en especial los relacionados con los posibles incrementos de los recursos propios.

Su estudio puede dividirse en dos partes; una primera relativa a su concepto, clases y competencia y una segunda referida a su funcionamiento.

##### 4.1.2.1.1.1. *Concepto, clases y competencias.*

#### A) Concepto.

La Ley General de Cooperativas se refiere a la Asamblea General como "la reunión de todos los socios y, en su caso, de los asociados para deliberar y tomar acuerdos como órgano supremo de expresión de la voluntad social" (11).

#### B) Clases.

Las asambleas generales pueden clasificarse atendiendo a diferentes criterios (cuadro 20). Así podemos distinguir según las decisiones adoptadas en las mismas, o según los miembros que las forman.

---

(11) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 42.1.

CUADRO 20. CLASES DE ASAMBLEA GENERAL.

CRITERIO	TIPO DE ASAMBLEA
SEGUN LAS DECISIONES ADOPTADAS	ORDINARIA
	EXTRAORDINARIA
SEGUN LOS MIEMBROS QUE LAS INTEGRAN	UNIVERSAL
	DE DELEGADOS

Hay que señalar que los dos criterios no son excluyentes y que con independencia del carácter ordinario o extraordinario, las asambleas pueden ser universales o de delegados y viceversa.

A) En función de las decisiones adoptadas en las mismas:

- \* Las asambleas ordinarias son las que tienen por objeto fundamental examinar la gestión social, aprobar las cuentas anuales, decidir la distribución de excedentes positivos o imputación de pérdidas, así como todos los asuntos propios de la sociedad cooperativa aunque sean competencia de otros órganos sociales.

- \* Las asambleas extraordinarias son las que tengan un objeto diferente al mencionado.

B) En función de los socios que las integran las asambleas generales pueden calificarse de universales o de delegados en los siguientes casos:

- \* La Asamblea General Universal.

Requieren la presencia de todos los socios y la aceptación por unanimidad, firmando el acta, de la celebración de la asamblea y los asuntos a tratar en la misma.

- \* La Asamblea General de Delegados.

Se trata de una forma especial de celebrar una Asamblea General, de segundo grado, mediante Delegados designados en Juntas preparatorias. Puede celebrarse, si está prevista estatutariamente, cuando existan circunstancias que dificulten la presencia de todos los socios o asociados en la Asamblea General.

En lo referente a la Asamblea General de Delegados de las sociedades cooperativas de instalaciones sanitarias con un número de socios superior a 10.000, los Estatutos recogerán las

normas sobre la composición de la Mesa de Juntas preparatorias, las personas que pueden integrarla, la elección y proclamación de Delegados y los votos que se les confiere (12).

### C) Competencias.

Aparte de las competencias exclusivas de las asambleas ordinarias mencionadas, (examen de la gestión social, decisión sobre el reparto de resultados, y establecimiento de la política general de la cooperativa), existen otras comunes a las asambleas ordinarias y extraordinarias. Estas competencias son:

- Nombramiento y revocación de los miembros del Consejo Rector, del Comité de Recursos, los Interventores y Liquidadores.
- Actualización de aportaciones y fijación de las nuevas aportaciones obligatorias.
- Decisiones relativas a la emisión de obligaciones.
- Decisiones relativas a la modificación de estatutos.
- Decisiones relativas a la fusión, escisión y disolución de la sociedad. En el caso de las sociedades cooperativas de seguros sanitarias, las causas de disolución se encuentran recogidas en la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado, aunque la citada normativa remite a la legislación específica de cooperativas (13).
- Creación de una sociedad cooperativa de segundo o ulterior grado, o de un consorcio o adhesión de los mismos.
- Aprobación o modificación del reglamento interno de la cooperativa.

La propia Ley General de Cooperativas asigna como competencia de la Asamblea General el establecimiento de la política general de la entidad y considera, con carácter residual, preceptivo el acuerdo de la asamblea para los actos que lo tengan de esta forma establecido en una norma legal o estatutaria (14).

---

(12) "Ibid.", art. 127.3.

(13) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", art. 26.

(14) J. GUTIERREZ DEL ALAMO Y MAHOU:, **Estudio Jurídico...**, "Opus cit", p. 190.

#### 4.1.2.1.1.2. *Funcionamiento.*

Para exponer el funcionamiento de la Asamblea General, recogido en la Ley 3/1987 (15), es conveniente dividirlo en cinco partes, empezando por la convocatoria, siguiendo por la composición, el derecho de asistencia y voto, y finalizando con la adopción de acuerdos.

##### A) La convocatoria.

La convocatoria, la forma de publicidad y el plazo para la misma deben hacerse constar previamente en los Estatutos sociales. En todo caso la convocatoria se hará mediante anuncio público en el domicilio social de la sociedad cooperativa y en cada uno de los centros en que se desarrolle su actividad.

Además de los anteriores requisitos, las sociedades cooperativas con más de quinientos socios tienen que anunciar la convocatoria en uno de los periódicos de mayor circulación en la provincia de su domicilio social.

Aunque las normas anteriores son aplicables a la Asamblea General ordinaria y a la extraordinaria, existen algunas diferencias entre la convocatoria de ambas (16).

##### A.1) Convocatoria de la Asamblea General ordinaria.

Corresponde al Consejo Rector dentro de los seis meses siguientes a la fecha de cierre del ejercicio económico. En el caso de las cooperativas de seguros sanitarias, dada la coincidencia obligatoria entre ejercicio económico y año natural, la Asamblea General ordinaria debe celebrarse en los primeros seis meses del año.

##### A.2) Convocatoria de la Asamblea General extraordinaria.

También debe hacerse a instancia del Consejo Rector, por petición de los socios que representen el 10% del total de los votos o, sólo en el caso de que así lo prevean los Estatutos por solicitud de los interventores.

##### B) Composición de la Asamblea.

Dejando a un lado las Asambleas Generales universales y las de delegados, una Asamblea General queda válidamente constituida, en primera convocatoria, cuando estén

---

(15) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", arts. 44 a 52.

(16) "Ibid.", arts. 44-45.

presentes o representados más de la mitad de los votos sociales, mientras que en segunda únicamente son necesarios el 10% de los votos sociales o 100 de ellos. Además, si la sociedad cooperativa tiene asociados es necesario que el número de éstos no sea superior al de los votos presentes y representados.

#### C) El derecho de asistencia y de voto.

A la celebración de la asamblea pueden asistir, además de los socios y asociados que en la fecha del anuncio de la convocatoria mantengan dicha condición, otras personas, con voz pero sin voto, cuya presencia sea de interés para el funcionamiento de la sociedad cooperativa (17).

El derecho al voto sigue el principio cooperativo de "un socio un voto". Se permite la delegación del voto, con la limitación de dos representaciones como máximo, de un socio persona física, en otro. No pueden realizar la citada representación una persona jurídica ni su representante en la asamblea. Este último supuesto no puede darse en las cooperativas sanitarias de Trabajo Asociado ni en las de instalaciones sanitarias, ya que únicamente están formadas por personas físicas. Sin embargo, existen algunas modificaciones en el voto en las sociedades cooperativas de segundo grado que son analizadas más abajo.

#### D) Adopción de acuerdos.

La Ley General de Cooperativas, en su artículo 49, establece que, como norma general, los acuerdos se adoptarán por más de la mitad de los votos válidamente expresados. Como excepción es necesaria una mayoría de dos tercios de los votos presentes y representados para adoptar los siguientes acuerdos:

- modificación de Estatutos;
- acuerdos de fusión;
- acuerdos de escisión;
- acuerdos de disolución;
- para exigir nuevas aportaciones al capital social, salvo disposición estatutaria en contra;
- para establecer o modificar las cuotas de ingreso o periódicas, excepto disposición estatutaria en contra;
- en los demás supuestos que establezca la Ley.

---

(17) Véase: MAITRE LEX: "La representación del socio en las asambleas generales", ACOFAR, N. 247, abril 1987, p. 17.

#### 4.1.2.1.2. El Consejo Rector.

En el análisis del Consejo Rector se estudia de forma separada su concepto y competencias, de su funcionamiento.

##### 4.1.2.1.2.1. *Concepto y competencias.*

La Ley General de Cooperativas califica al Consejo Rector como órgano obligatorio y colegiado para "el gobierno, gestión y representación de la sociedad cooperativa, con sujeción a la Ley, a los Estatutos y la política general fijada por la Asamblea General" (18). Como órgano de gobierno y gestión está dotado de amplias facultades, que le permiten ejercer en todas aquellas actividades cuya competencia no esté reservada, por la Ley o por los Estatutos a otros órganos sociales. En cuanto a la representación, se extiende a cualquier aspecto concerniente a la cooperativa.

##### 4.1.2.1.2.2. *Funcionamiento.*

Con el fin de analizar el funcionamiento del Consejo Rector se va a efectuar un estudio separado de tres de los aspectos fundamentales de su contenido.

#### A) Composición.

Debe ser fijada por los Estatutos, aunque se establece el número mínimo de miembros en tres y la obligada existencia de un Presidente, un Vicepresidente y un Secretario (19). La elección de los miembros se realiza en la Asamblea General en votación secreta, sin embargo los Estatutos pueden disponer que, en cooperativas con más de quinientos socios, los cargos de Presidente y Vicepresidente sean elegidos por el Consejo entre sus miembros.

Pueden ser elegidos como Consejeros todos los socios de la cooperativa, siempre y cuando sean personas físicas que no incurran en alguna de las incompatibilidades previstas en la Ley General

---

(18) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 53.1.

(19) La Ley de sociedades cooperativas del País Vasco se denomina administradores a los componentes del Consejo Rector, COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 4/1993..., "Opus cit", arts. 42-49.



de Cooperativas (20). Para el caso de un socio persona jurídica, que en las sociedades cooperativas del sector de la salud sólo puede darse en las de prima fija, en las de prima variable, y en las farmacéuticas, su representante podrá ser elegido Consejero.

*Además, cuando esté previsto en los Estatutos, las sociedades cooperativas pueden reservar puestos de vocales del Consejo Rector para su determinación entre colectivos de socios, en función de las zonas geográficas en las que la sociedad desarrolle su actividad cooperativizada. La reserva de vocalías también es posible en el caso de cooperativas sanitarias de Trabajo Asociado, aunque en esta ocasión los beneficiarios de la reserva lo son en función de las diferentes categorías de sus socios. En las cooperativas sanitarias de seguros la reserva puede hacerse en función del carácter de socio de trabajo.*

#### B) Convocatoria.

Las convocatorias se hacen por el Presidente, por iniciativa propia o por la petición de un consejero. Si no se atiende esta petición, el citado consejero puede hacer la convocatoria si consigue el respaldo de un tercio del Consejo. También es posible la celebración sin previa convocatoria, si *estando presentes todos los consejeros así lo deciden unánimemente. El Consejo está válidamente constituido cuando están presentes en la reunión más de la mitad de sus miembros, no permitiéndose la representación de los consejeros.*

#### C) Adopción de acuerdos.

Salvo que la Ley 3/1987 establezca otra cosa, se adoptarán los acuerdos por más de la mitad de los votos válidamente expresados. Cada consejero tiene un voto y el Presidente posee el voto de calidad en caso de empate.

#### 4.1.2.1.3. Los Interventores.

Son órganos obligatorios, y no colegiados de fiscalización de la cooperativa, cuyas características son fijadas estatutariamente (21). Los Estatutos son, por tanto, los encargados de fijar su número, de uno a tres, la existencia de suplentes y el periodo de actuación, comprendido entre uno y tres años con posibilidad de reelección indefinida.

---

(20) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 62. Recoge una lista completa de incompatibilidades para ser miembro del Consejo Rector.

(21) Véase: G.J. JIMENEZ SANCHEZ: **Derecho Mercantil**, Ariel Derecho, Barcelona, 1990, pp. 337-338.

Pueden ser elegidos interventores, por votación secreta en Asamblea General, los socios personas físicas que no estén incluidos en las causas de incompatibilidad mencionadas anteriormente al estudiar la composición del Consejo Rector. También es incompatible con el cargo de miembro del Consejo Rector y con el parentesco de los mismos hasta el segundo grado de consanguinidad o de afinidad. En el caso de socio persona jurídica se aplicará la misma norma expuesta para el Consejo Rector.

La función propia de los interventores consiste en la censura de las cuentas anuales (Cuenta de Pérdidas y Ganancias, Balance y Memoria Explicativa). Esta debe realizarse en el plazo de un mes, desde que el Consejo Rector les entregue las cuentas, y, además, deben redactar un informe por escrito en el que propongan su aprobación o formulen reparos.

Además de la censura de las cuentas anuales, los Estatutos pueden asignarles otras funciones siempre que sean de naturaleza fiscalizadora y no estén encomendadas expresamente a otros órganos sociales, ni entorpezcan la actividad empresarial de la cooperativa.

#### 4.1.2.1.4. El Comité de Recursos.

Es un órgano colegiado y no obligatorio, ya que su existencia depende de que así esté estipulado en los Estatutos. Además, sólo puede existir en las sociedades cooperativas de primer grado.

La función encomendada es la tramitación y resolución de los recursos contra las sanciones a los socios o asociados acordadas por el Consejo Rector, y de otros recursos previstos en la Ley o los Estatutos. La introducción de este órgano tiene como finalidad la agilización de los citados recursos que antes de la aprobación de la Ley General de Cooperativas de 1987 sólo podían ser resueltos por la Asamblea General.

La composición depende de los Estatutos, pero debe tener al menos tres miembros elegidos, en votación secreta, por la Asamblea General. Una vez elegidos los miembros de este Comité, entre ellos mismos elegirán un Presidente y un Secretario. La duración del mandato es de dos años con posibilidad de reelección y el cargo es incompatible con cualquier otro de elección en la sociedad cooperativa o con la relación laboral con la misma.

El Comité de Recursos delibera de forma válida si asisten la mitad más uno de sus miembros, adoptando los acuerdos por mayoría simple de los asistentes, sin posibilidad de delegación de voto y con el voto del presidente para resolver los empates.

Los acuerdos tomados son ejecutivos desde el mismo momento de su adopción, siendo posible recurrirlos en los mismos términos expuestos para la Asamblea General.

#### 4.1.2.1.5. El Director.

La figura del Director aparece en la Sección que la Ley General de Cooperativas dedica al Consejo Rector, Capítulo VI, aunque no lo incluye como miembro del citado Consejo.

Puede existir un Director de la sociedad cooperativa cuando lo prevean los Estatutos sociales y lo acuerde la Asamblea General, mientras que la designación, contratación y destitución depende del Consejo Rector.

Las competencias otorgadas al Director deben estipularse en la escritura de poder y nunca pueden referirse a una de las siguientes:

- Fijar las directrices generales de actuación en la gestión de la cooperativa.
- El control permanente y directo de la gestión empresarial.
- Presentar a la Asamblea General la rendición de cuentas, la propuesta de imputación y asignación de resultados y la Memoria explicativa de la gestión del ejercicio económico.
- Solicitar la suspensión de pagos o quiebra.

El Director es el responsable ante la cooperativa, de cualquier perjuicio que cause a los intereses de la misma, por proceder con dolo, negligencia, exceso en sus facultades o infracción de órdenes e instituciones que hubiera recibido del Consejo Rector, y ante los socios y terceros, por los actos que lesionen directamente intereses de éstos.

#### 4.1.2.1.6. Comisiones, Comités o Consejos.

El artículo 61 de La Ley General de Cooperativas, establece la posibilidad de que los Estatutos y la Asamblea General puedan crear Comisiones, Comités o Consejos con funciones interpretativas, de estudio de propuestas, iniciativas y sugerencias de investigación. El criterio de éstas no es vinculante para los órganos de la cooperativa, y su denominación no debe producir confusión con la de los citados órganos.

En la Ley General de Cooperativas se encuentran varios casos que recogen la posibilidad de crear, si está previsto en los Estatutos, Comisiones, Comités o Consejos en número ilimitado y con los siguientes fines (22):

- Comisiones para facilitar la mayor información posible al socio sobre la marcha de la sociedad cooperativa (artículo 36.9).
- Comisión para realizar informes preceptivos para facilitar el ejercicio de la facultad sancionadora del Consejo Rector (artículo 37.3).
- Comité para decidir sobre la idoneidad del escrito que representa la acreditación del voto en la Asamblea General (artículo 48.3). Esta facultad está inicialmente reservada para los Interventores.

#### ***4.1.2.2. La participación en la toma de decisiones en las sociedades cooperativas del sector de la salud.***

Las decisiones tomadas en las entidades del sector de la salud se refieren tanto a aspectos relativos a las prestaciones de salud (decisiones asistenciales), en manos fundamentalmente del personal sanitario, como a las determinantes de la gestión societaria, que recaen sobre los órganos de dirección empresarial. Generalmente estas decisiones se encuentran en colectivos diferentes. Sin embargo, en las sociedades cooperativas la doble condición de muchos de sus socios, de dueño y trabajador, hace que parte de ellos participen en los dos grupos de decisiones señalados.

La participación en la toma de decisiones de los socios en las sociedades cooperativas del sector de la salud, viene determinada por los colectivos que integran cada una de ellas. Así, los posibles socios de trabajo de las cooperativas de seguros de asistencia sanitaria, los de las farmacéuticas y los de instalaciones sanitarias, así como los socios trabajadores de las sanitarias de trabajo asociado, tienen esa doble función en la toma de decisiones. Por lo tanto deben disponer de información para:

- Realizar su actividad laboral, tomando las decisiones relacionadas con las prestaciones de salud.
- Participar en la gestión desde su condición de dueño, y también desde su posición laboral de trabajador (23).

Por su parte los socios usuarios de las cooperativas de instalaciones sanitarias, de las de seguros y las oficinas de farmacia socias de las cooperativas farmacéuticas, únicamente se ven implicados directamente en la gestión como dueños. Sin embargo, son ellos mismos los receptores de los servicios de la cooperativa, por lo

---

(22) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", arts. 36.9, 37.3, 48.3.

(23) Sobre la toma de decisiones en la sociedad cooperativa puede verse: C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "El problema...", "Opus cit", pp. 105-120.

que su participación en la toma de decisiones también es fundamental en la marcha de cada una de estas entidades.

Como se ha puesto de manifiesto más arriba, la Asamblea General es el órgano de soberanía de los socios por lo que en el mismo deben estar representados todos los colectivos presentes en cada cooperativa, según la fórmula de un hombre un voto. Esta fórmula no presenta ninguna dificultad en su aplicación práctica cuando todos los socios de la cooperativa sean de la misma clase. Sin embargo, en el caso de que coexistan socios de diferente clase es necesario establecer criterios de ponderación, para evitar que el colectivo más numeroso se imponga.

Un claro ejemplo de esta situación puede darse en las cooperativas de instalaciones sanitarias, en las que existan socios usuarios, y socios de trabajo. Si se aplica literalmente la norma citada, la diferencia a favor del primer colectivo, permitiría a éstos imponer sus condiciones laborales sobre los socios de trabajo. Para evitarlo se establecen una serie de sistemas de ponderación para determinar el tanto por ciento de participación de los delegados que representan a cada colectivo en la Asamblea General. El criterio para fijar los mencionados porcentajes es analizado más abajo al tratar los procesos de concentración en el sector de la salud.

La participación de todos los colectivos en la toma de decisiones relativas a la gestión de la sociedad cooperativa puede extenderse también a su representación en el Consejo Rector. De esta forma se logra que los acuerdos adoptados surjan del consenso de los diferentes grupos de socios de la empresa. La consecución de decisiones en las que participen no sólo los diferentes colectivos de una cooperativa, sino todos los colectivos que forman las sociedades cooperativas del sector de la salud constituye uno de los objetivos fundamentales de este análisis, mediante los procesos de integración.

#### ***4.2. Los flujos reales.***

Los flujos reales, tanto para las cooperativas de asistencia sanitaria como para las de distribución farmacéutica, tienen en común el hecho de que todas se encuentran relacionadas con el cuidado y prevención de la salud. Por este motivo, antes de analizar las peculiaridades que afectan a cada una de ellas, conviene hacer una referencia a cuales son estas prestaciones de servicios de salud, y como son realizadas por las diferentes entidades, tanto públicas como privadas.

#### 4.2.1. Prestación de servicios de salud y su situación actual.

Los mercados de provisión de bienes y servicios de salud tienen unas características específicas, que los distinguen de otros mercados y que afectan a las prestaciones públicas y privadas de variadas formas. Entre éstas, siguiendo a ALBI, CONTRERAS, GONZALEZ-PARAMO y ZUBIRI hay que destacar (24):

- Existe una información muy limitada sobre la calidad del bien o servicio de salud, basada fundamentalmente en el prestigio de las instituciones o profesionales, y en la experiencia propia o en la de personas cercanas.
- El supuesto, típico de otros mercados, de que los oferentes maximizan los resultados debe matizarse en el caso de las actuaciones médicas. Al emitir un diagnóstico la ética profesional debe imponerse a la suma que se vaya a recibir por el mismo. En el caso de que la ética no se imponga, el sector más afectado es el privado, ya que el médico público cobra la misma cantidad independientemente del diagnóstico emitido.
- La demanda de los cuidados a recibir por el paciente es establecida por el médico. Esta circunstancia se hace especialmente importante cuando la provisión a un cliente de cobertura pública es realizada por un centro privado, ya que existe un claro estímulo para que el médico prescriba un exceso de tratamientos. De nuevo la ética profesional se transforma en un elemento esencial.
- El alto coste de algunos tratamientos hospitalarios puede conducir a situaciones monopolísticas si su aprovisionamiento se encuentra únicamente en manos privadas.
- La existencia de zonas rurales con demanda muy escasa, puede hacerlas poco atractivas para la provisión privada quedando desprotegidas.

Dentro de los servicios de salud puede distinguirse entre las prestaciones sanitarias y farmacéuticas, aunque la gran relación entre las mismas hace que, en ocasiones, ambas se consideren desde una perspectiva global. Dentro de cada una de estas prestaciones, se estudia la situación actual de las diferentes entidades que realizan estos servicios en España.

La prestación de los citados bienes puede ser realizada por entidades con naturaleza pública o privada, siendo este hecho determinante de las características propias en cada caso.

---

(24) E. ALBI, C. CONTRERAS, J.M. GONZALEZ-PARAMO e I. ZUBIRI: *Teoría de...*, "Opus cit", pp. 180-182.

A) La provisión privada.

Se puede producir independientemente del método, público o privado, de financiación utilizado. De esta manera es factible que un centro privado produzca actos de salud para sus asociados o para otros ciudadanos que acudan de forma independiente sin ningún seguro, (financiación y provisión privada) o para usuarios con seguro público que tienen concertado con dicho centro privado la asistencia (financiación pública y provisión privada).

B) La provisión pública.

Implica la creación o adquisición, por parte del sector público, de su propia red asistencial. Esta es utilizada, normalmente de forma gratuita, por las personas cubiertas por este sistema.

Por otra parte no hay que olvidar que la reforma del Sistema Nacional de Salud tiene una importante influencia tanto en la situación presente como futura de las sociedades cooperativas inmersas en este sector.

A continuación se realiza una breve descripción de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas que determinan los flujos reales de las sociedades cooperativas del sector de la salud.

#### **4.2.1.1. Prestaciones sanitarias.**

Dentro de las mismas se diferencia entre prestaciones extrahospitalarias y prestaciones hospitalarias. La propiedad pública o privada es la principal característica para determinar su naturaleza.

##### **4.2.1.1.1. Prestaciones extrahospitalarias o primarias.**

Se encuentra formada por el conjunto de atenciones asistenciales prestadas por los profesionales sanitarios en régimen ambulatorio (25). Los centros que prestan la asistencia extrahospitalaria se han transformado en consultas externas descentralizadas de los hospitales. En ellos se solucionan los problemas relacionados con la salud que no necesitan la asistencia hospitalaria, convirtiéndose en filtros para esos centros. Hay que distinguir según su naturaleza pública y privada.

---

(25) Sobre la atención primaria de la salud puede consultarse: B.M. KLECZKOWSKI, R.H. ELLING, y D.L. SMITH: "El sistema...", "Opus cit", p. 12.

- Los centros públicos, después de la reforma de la atención primaria, recogen bajo la denominación de centros de salud, tanto a los anteriores ambulatorios, en los que trabajaban médicos especialistas (26), como a los consultorios, en los que sólo trabajaban médicos de cabecera.

La propiedad de los mismos pertenece a la Seguridad Social y a otras instituciones del Estado, aunque ya se ha puesto en marcha su inclusión en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Los centros de salud realizan la actividad sanitaria en las zonas básicas de salud y desarrollan de forma integrada las actividades encaminadas a la prevención, promoción, curación y rehabilitación de los habitantes de su radio de influencia. El conjunto de centros de salud pertenecientes a una misma área de salud, están vinculados, o al menos dependen de un hospital general responsable de las prestaciones hospitalarias.

- Por lo que respecta a los centros privados es importante señalar la posibilidad de que participen en la red de atención primaria pública, para completar los programas de asistencia sanitaria (27).

#### 4.2.1.2.2. Prestaciones hospitalarias.

Está compuesta por todos los servicios prestados en los hospitales, ya sean quirúrgicos, maternos, psiquiátricos, infantiles, etc. El alto coste de la tecnología médica junto a la aparición de un sector público encargado de la asistencia sanitaria, ha producido un cambio radical desde su faceta inicial benéfica, hasta los hospitales actuales entre los que se puede distinguir entre los privados y los públicos (28).

- En los hospitales públicos hay que diferenciar entre los que son propiedad de la Seguridad Social, concretamente del INSALUD, y los pertenecientes a otras instituciones del Estado.

---

(26) Véase: F. BRAVO: **Sociología de los ambulatorios: Análisis de la asistencia sanitaria primaria en la Seguridad Social**, Ariel, Barcelona, 1979.

(27) ESPAÑA: LEY 14/1986..., "Opus cit", art. 68.

(28) Véase: F. J. ESCRIBANA MORALES: **Régimen jurídico de los hospitales: Disposiciones generales y normas específicas**, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1986; y L. H. W. PAINE y F. SIEM TJAM: **Los hospitales y la evolución de la asistencia sanitaria**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1981.



Entre los hospitales propiedad de las instituciones del Estado diferentes a la Seguridad Social, destacan los hospitales clínicos o universitarios (que a partir de 1987 entran a formar parte de la red sanitaria del INSALUD), así como los centros propiedad de la administración territorial, especialmente las Diputaciones.

La red hospitalaria de la Seguridad Social se configura a partir de los años 40 con la construcción de nuevos centros. De esta forma se establecen tres tipos de hospitales:

- los Centros Especializados,
- las Ciudades Sanitarias (que incluyen a varios centros especializados),
- y las Residencias Sanitarias (que son hospitales generales).

Inicialmente se construyeron grandes centros hospitalarios en las capitales de provincia, para luego pasar a realizar el mismo proceso en ciudades más pequeñas, denominando a estos últimos centros como Residencias Comarcales (29).

- Dentro de los hospitales privados se incluyen tanto los que pertenecen a entidades lucrativas como no lucrativas. Entre los hospitales propiedad de sociedades cooperativas hay que distinguir los que pertenecen a los socios usuarios o a los socios de consumo (caso del Hospital de Barcelona) o aquellas propiedad de los socios médicos de trabajo asociado (caso de la red de clínicas propias de Asistencia Sanitaria Interprovincial (A.S.I.S.A.)(30).

En aquellos lugares en los que la red hospitalaria de la Seguridad Social no es suficiente para atender sus necesidades, ésta concierne los servicios de centros tanto públicos como privados (31).

Es posible la vinculación al Sistema Nacional de Salud de los Hospitales Generales del sector privado mediante convenios singulares, siempre que sea solicitado por éstos y bajo las siguientes condiciones (32):

- Que sus características técnicas sean homologables.
- Que las necesidades asistenciales así lo justifiquen.
- Que lo permitan las disponibilidades económicas del sector público.

---

(29) L. BOHIGAS I SANTASUSAGNA: "La Organización Sanitaria Española", **Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4, junio-septiembre 1988, pp. 170-171.

(30) Un estudio basado en una encuesta realizada a los miembros de ASISA-LAVINIA se encuentra en: A.C. MORALES GUTIERREZ: "Factores críticos...", **"Opus cit"**, pp. 16-26.

(31) M. TERRIS: "Tendencias y Perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica", N. 1, **Foro Mundial de la Salud**, 1980, pp. 93-103.

(32) ESPAÑA: LEY 14/1986..., "Opus cit", arts. 66 y 67.

- Estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los públicos.
- El sector privado mantiene la titularidad del centro o establecimiento y de las relaciones laborales con el personal.

#### **4.2.1.3. Prestaciones farmacéuticas.**

Las prestaciones farmacéuticas consisten en una serie de actividades para facilitar a los usuarios los medicamentos y artículos de uso medicinal. Mientras que la dispensación de medicamentos es competencia exclusiva de las oficinas de farmacia o de las entidades autorizadas, la venta de artículos de uso medicinal, a los que se hace referencia más abajo, es libre (33).

Los responsables de la asistencia farmacéutica pueden ser entidades públicas o privadas, según la entidad que financia las prestaciones incluidas en la misma.

- La asistencia farmacéutica pública.

Se encuentra la realizada por las oficinas de farmacia creadas por instituciones del Estado, provincia y municipio, incluyendo los servicios de beneficencia. También se consideran en este grupo las prestaciones de la Seguridad Social a sujetos protegidos que tengan lugar en las oficinas de farmacia privada siempre que sean financiados por la primera. La financiación puede ser total o parcial.

El Sistema Nacional de Salud, analizado más arriba, tiene una gran influencia sobre las prestaciones farmacéuticas siendo aplicables las características estudiadas para la asistencia sanitaria.

- La asistencia farmacéutica privada.

Por su parte la prestación privada es realizada por profesionales independientes, a cargo del usuario o de una entidad no pública. Por motivos de salud pública se encuentra sujeta a reglamentación.

---

(33) J. GONZALEZ PEREZ: *Derecho Farmacéutico*, B.O.E., Madrid 1972, p. 73 y 74.

La Ley General de Sanidad (34) y la Ley del Medicamento (35) disponen que la custodia, conservación y dispensación de medicamentos corresponde a las oficinas de farmacia legalmente autorizadas, y a los servicios de hospitales, centros de salud y estructuras de atención primaria del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte aparecen los botiquines que, aunque no se mencionan en la Ley General de Sanidad, si se recogen en la Ley de Sanidad de 1944 (36) y en la Ley del Medicamento (37). Esto nos permite distinguir entre (cuadro 21):

- A) Las oficinas de farmacia abiertas al público.
- B) Los servicios de farmacia de los hospitales y otras estructuras de atención a la salud.
- C) Los botiquines.

CUADRO 21, ESTABLECIMIENTOS AUTORIZADOS PARA REALIZAR ASISTENCIA FARMACEUTICA.

OFICINAS ABIERTAS AL PUBLICO		
SERVICIOS DE HOSPITALES Y OTRAS ESTRUCTURAS DE ATENCION A LA SALUD	PRIVADOS	
	PUBLICOS	I. DE LA SEGURIDAD SOCIAL
		I. DEL ESTADO
		S. F. PROVINCIALES
		F. MUNICIPAL
		F. MILITAR
BOTIQUINES	URGENCIAS	
	NUCLEOS RURALES	
	OTROS	ZONAS TURISTICAS
		BUQUES Y EMBARCACIONES
		CENTROS ASISTENCIALES
		SEGURIDAD SOCIAL
		CENTROS DOCENTES
		MEDICAMENTOS VETERINARIOS

Las sociedades cooperativas no participan directamente en la prestación farmacéutica pero realizan una importante función en el proceso de distribución.

(34) ESPAÑA: LEY 14/1986..., "Opus cit", art. 103.  
(35) ESPAÑA: LEY 25/1990..., "Opus cit", art. 5.  
(36) ESPAÑA: LEY de 25 de noviembre de 1944..., "Opus cit", base 16.  
(37) ESPAÑA: LEY 25/1990..., "Opus cit", art. 88.3.

#### 4.2.1.3.1. Las oficinas de farmacia abiertas al público.

Se trata de establecimientos sanitarios, de propiedad privada, en los que se realizan actividades y prestaciones asistenciales farmacéuticas y de salud pública. Constituyen empresas mercantiles formadas por "un conjunto de elementos materiales entre los que cabe destacar el local como base física de la misma, técnicos... y humanos los cuales son el farmacéutico y la clientela..." (38).

Unicamente los licenciados o doctores en farmacia pueden ser titulares y propietarios de las oficinas de farmacia abiertas al público (39). Además, estos farmacéuticos son los socios de las actuales cooperativas farmacéuticas de distribución.

La ordenación y planificación de las citadas oficinas corresponde a las Administraciones sanitarias competentes, en los términos establecidos por la legislación especial de medicamentos y farmacias.

#### 4.2.1.3.2. Los servicios de farmacia de los hospitales y otras estructuras de atención a la salud.

Su misión es dispensar los medicamentos recetados por los médicos a los pacientes hospitalizados. La principal diferencia de estos servicios con respecto a las oficinas de farmacia abiertas al público, es que en los primeros el medicamento se envía a la planta y no al paciente (40). Se puede distinguir entre los servicios de farmacia en instituciones públicas y privadas:

##### A) Privados.

La farmacia de hospitales o farmacia hospitalaria está formada por las oficinas de farmacia instaladas en estos centros para atender a los enfermos acogidos en los mismos.

La Ley del Medicamento (41) exige la existencia de farmacias hospitalarias para aquellos centros con un número de camas igual o superior a 100. Los hospitales con menos de 100 camas, que no deseen establecer farmacia hospitalaria, pueden solicitar autorización a las Comunidades Autónomas para mantener un botiquín en las condiciones que se detallan más abajo.

---

(38) J.M. SUÑE ARBUSSA: **Legislación Farmacéutica Española**, Barcelona, 1990, (9ª ed.), p. 181.

(39) F. DARLINGTON RIVERA: "Las oficinas de farmacia en la Ley de Sanidad", **ACOFAR**, N. 240, julio 1986, p. 29.

(40) MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL: "Farmacéuticos para el futuro y la farmacia clínica en la década de los años ochenta", **Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social**, Madrid, 1981, pp. 44 y 45.

(41) ESPAÑA: LEY 25/1990... "Opus cit", art. 92.

La adaptación de los estatutos de las cooperativas farmacéuticas a la legislación vigente hace viable que las farmacias hospitalarias legalmente establecidas puedan ser socios de las mismas. Esta posibilidad abre un vía de integración entre las cooperativas farmacéuticas del subsector distribución y las farmacias hospitalarias de los centros pertenecientes a las cooperativas de asistencia sanitaria.

#### B) Públicos.

Las normas citadas anteriormente para los servicios farmacéuticos de los hospitales privados son aplicables para los públicos, pero, además, hay que mencionar algunas peculiaridades de los mismos para cubrir las necesidades farmacéuticas de determinados colectivos.

- En instituciones de la Seguridad Social.

Por Orden de junio de 1967 (42) se determina el establecimiento de oficinas de farmacia en cada una de las instituciones cerradas de la Seguridad Social con más de 200 camas. En las provincias que no dispongan de una residencia con el número de camas mencionadas se establece una oficina de farmacia en la residencia de la capital de la misma.

Sin embargo, ya se ha mencionado que la Ley del Medicamento varía el criterio del número de camas que queda establecido en 100 para que exista obligatoriedad de establecer una farmacia hospitalaria. Por otra parte la aprobación del Reglamento General sobre estructura organización y funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD (43), no se refiere de forma expresa al servicio de farmacia al que se considera incluido dentro del área de servicios centrales de la Comisión Médica.

El proceso de transferencias en materia de Seguridad Social a las Comunidades Autónomas hace que las mismas sean las encargadas de la gestión y organización de las instituciones hospitalarias en su territorio.

---

(42) ESPAÑA: ORDEN de 21 de junio de 1967, sobre dispensación de medicamentos en instituciones de la Seguridad Social, **B.O.E.** N. 148, de 22 de junio.

(43) ESPAÑA: REAL DECRETO 521/1987 de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento General sobre estructura organización y funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD, **B.O.E.** N. 91, de 16 de abril.

- En instituciones del Estado.

Los hospitales propiedad del Estado que disponen de servicio de farmacia hospitalaria, se han ido transfiriendo a las Comunidades Autónomas o a la Seguridad Social. Sin embargo, el Instituto de Salud Carlos III, perteneciente al Estado, mantiene el servicio de farmacia del Hospital del Rey.

- Servicios de farmacia provinciales.

Las Diputaciones provinciales tienen la posibilidad de tener farmacias con el fin de suministrar medicamentos, de forma gratuita, a los pacientes acogidos en sus establecimientos benéficos (hospitales, asilos, orfanatos, etc.).

- La farmacia municipal.

Estas farmacias sólo pueden dispensar medicamentos a las personas adscritas a la beneficencia.

- La farmacia militar.

Cada uno de los tres ejércitos (tierra, mar y aire) tiene establecido su servicio farmacéutico con características específicas. Sin embargo, todos cuentan con oficinas de farmacia, laboratorios de preparación de medicamentos y servicios administrativos farmacéuticos.

De forma progresiva se ha ido produciendo una unificación y vinculación entre los servicios de las fuerzas armadas. Así los beneficiarios del suministro farmacéutico de los diferentes ejércitos pueden ejercitar ese derecho indistintamente en las farmacias de cualquiera de los mismos.

#### 4.2.1.3.3. Los botiquines.

Se trata de depósitos de medicamentos situados en determinados establecimientos por razones de *emergencia, lejanía de la oficina de farmacia u otras circunstancias especiales.*

Existe una amplia normativa sobre los botiquines que, sin ser recogidos en la Ley General de Sanidad de 1986, son reconocidos por la Ley del Medicamento, aunque sin realizar una detallada regulación (44). La Ley de sanidad de 1944 (45) diferenciaba entre los botiquines de urgencia, y los establecidos en núcleos rurales, pero a lo largo del tiempo han ido surgiendo otros que pueden integrarse en un tercer grupo.

##### - Botiquines de urgencia.

Son los que existen en los lugares en los que se da una agrupación de personas que puedan necesitarlos en un momento determinado, por lo que su uso queda limitado a situaciones de necesidad. Así se establecen botiquines en las fábricas, minas y otras agrupaciones de obreros, en las estaciones de ferrocarril, y en los campos de deporte, plazas de toros e instalaciones análogas.

##### - Botiquines establecidos en núcleos rurales (46).

Su función es la cobertura de las necesidades farmacéuticas de los núcleos de población, en los que no existe una oficina de farmacia. Constituyen auténticas sucursales de las oficinas de farmacia (47).

##### - Otros botiquines.

A lo largo del tiempo han ido surgiendo una serie de botiquines para cubrir las necesidades de diferentes personas. Estas modalidades tienen una legislación específica ajena a la Ley de Sanidad de 1944, por lo que se reúnen dentro de la categoría de otros botiquines. Son los siguientes:

- \* Botiquines en zonas turísticas (48).

- \* Botiquines en buques y embarcaciones (49).

- \* Botiquines en centros asistenciales, para hospitales con menos de 100 camas (50).

---

(44) ESPAÑA: LEY 25/1990..."Opus cit", art. 88.3.

(45) ESPAÑA: LEY de 25 de noviembre de 1944..., "Opus cit", Base XVI.

(46) ESPAÑA: ORDEN de 20 de febrero de 1962, por el que se regulan los botiquines de urgencia en los núcleos rurales, **B.O.E.** N. 60, de 10 de marzo.

(47) J.M. SUÑE ARBUSSA: **Legislación...**, "Opus cit", p. 346.

(48) ESPAÑA: ORDEN de 12 de julio de 1967, por la que se regulan los botiquines en zonas turísticas, **B.O.E.** N. 173, del 21 de julio.

(49) ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 4 de diciembre de 1980, por la que se regulan los botiquines de buques y embarcaciones, **B.O.E.** N. 22, del 26 de enero de 1981.

(50) ESPAÑA: LEY 25/1990..."Opus cit", art. 91.4.

- \* Botiquines de la Seguridad Social para las instituciones cerradas con menos de 200 camas (100 después de la Ley del Medicamento) y en las instituciones abiertas adscritas a las residencias.
- \* Botiquines de centros docentes (51).
- \* Botiquines rurales de medicamentos veterinarios (52).

#### **4.2.2. La asistencia sanitaria mediante sociedades cooperativas.**

La actual situación de la asistencia sanitaria en España incluye la participación de la Administración Pública y de entidades privadas. Como ya ha sido señalado más arriba, la actuación estatal se centra en el régimen de Seguridad Social, mientras que la actividad privada se realiza en colaboración con el mismo, o de forma complementaria.

Las diferentes entidades, tanto públicas como privadas, que participan en el mismo también han sido analizadas. Por ello, en este apartado únicamente se reseña que las cooperativas sanitarias a prima fija y variable se encuentran incluidas dentro de las entidades aseguradoras, a diferencia del resto de sociedades cooperativas estudiadas. Sin embargo, todas ellas actúan fuera del sistema de Seguridad Social, junto a otras entidades de diferente naturaleza, aunque esta circunstancia no elimina la colaboración con el mismo.

A pesar de que las sociedades cooperativas de asistencia sanitaria poseen distintos objetos sociales, la actividad empresarial realizada por las mismas tiene como núcleo fundamental la asistencia sanitaria desarrollada en hospitales, clínicas y otros establecimientos destinados a mejorar o conservar la salud.

Surgen así importantes rasgos comunes a estas sociedades cooperativas, sobre todo si se tienen en cuenta aquellas instalaciones propiedad de cooperativas de seguros o de trabajo asociado. Por lo tanto, parece preciso analizar de forma independiente la actividad empresarial que determina el objeto social de las tres modalidades de sociedades cooperativas, para estudiar, más abajo, cual es el proceso productivo conjunto que determina los flujos reales.

---

(51) ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 2 de diciembre de 1975, por la que se regulan los botiquines en los centros docentes, B.O.E. N. 289, del 19 de diciembre.

(52) Estos botiquines se reconocen en la Ley del Medicamento ESPAÑA: LEY 25/1990... "Opus cit", art. 50.2, y son regulados por ESPAÑA: ORDEN de 30 de julio de 1984, por la que se regulan los botiquines rurales de medicamentos veterinarios, B.O.E. N. 183, de 1 de agosto.



#### 4.2.2.1. Actividad empresarial y objeto social.

La actividad empresarial de las cooperativas de asistencia sanitaria permite diferenciar entre la realización de seguros, la asociación de profesionales de la salud y la promoción, construcción, gestión y administración de instalaciones sanitarias.

##### 4.2.2.1.1. El seguro de asistencia sanitaria.

Tanto las cooperativas sanitarias a prima fija como a prima variable, tienen como actividad empresarial la cobertura de sus socios y de los beneficiarios de los mismos, mediante el seguro de asistencia sanitaria. La mencionada actividad puede afectar a la asistencia sanitaria en general, o a una parte de la misma.

Esta cobertura de los riesgos relativos a la salud lleva implícita una actividad aseguradora en el ramo de la asistencia sanitaria cuyas características conviene diferenciar de otras manifestaciones de los seguros relativos a la salud (53).

En el campo de los seguros hay que distinguir entre los seguros de daños y los de personas. Dentro de estos últimos puede diferenciarse a su vez entre (54):

- Seguro de vida.
- Seguro de accidentes.
- Seguro de enfermedad.
- Seguro de asistencia sanitaria.

##### A) Seguro de vida.

Es el contrato de seguro en el que el asegurador se compromete al pago de una suma cuando se produzca un evento relativo a la duración de la vida humana. Sus modalidades en función del riesgo asegurado son:

- \* Seguro para caso de muerte, cuando la prestación se produce en caso de muerte del asegurado.
- \* Seguro para caso de vida, si la obligación del asegurador viene condicionada por la sobrevivencia del asegurado en una fecha determinada.

---

(53) F. VICENT CHULIA: **Compendio Crítico de Derecho Mercantil**, Bosch, Barcelona, 1991, (3ª ed.), pp. 481-485.

(54) ESPAÑA: LEY 50/1980 de 8 de octubre, de contrato de seguro, B.O.E. N. 250 de 17 de octubre; modificada en parte por la LEY 30/1995..., "Opus cit, art. Disposición Adicional sexta.

\* Seguros mixtos, en el caso de que el asegurador cubre de forma alternativa los riesgos de muerte y de sobrevivencia.

#### B) Seguro de accidentes.

Este contrato de seguro cubre al asegurado cuando se produce una lesión corporal derivada de una causa violenta y externa, que conduce a la invalidez o muerte. En función del daño se establece la indemnización y una serie de gastos de asistencia sanitaria.

#### C) Seguro de enfermedad.

Es el contrato de seguro que cubre el riesgo de enfermedad, y en el que la prestación del asegurador consiste en el pago de ciertas sumas y gastos en concepto de asistencia sanitaria y farmacéutica.

#### D) Seguro de asistencia sanitaria.

Se trata de un contrato de seguro que, al igual que el tipo de seguro anterior, cubre el riesgo de enfermedad, pero en el que la obligación del asegurador consiste en asumir "directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos" (55). Por lo tanto en esta modalidad de seguros no se conceden indemnizaciones en metálico, aunque es posible que el asegurador ofrezca la prestación de la asistencia sanitaria, junto al pago de ciertas cantidades diarias por incapacidad laboral del asegurado.

La principal diferencia entre el seguro de enfermedad y el de asistencia sanitaria es: que en el primero el paciente paga al médico o institución sanitaria elegida libremente, y la compañía aseguradora reembolsa posteriormente al paciente un porcentaje de la citada cantidad. Por su parte en el seguro de asistencia sanitaria, "el asegurado en contraprestación de su cuota periódica puede elegir dentro de un cuadro médico cerrado que la compañía pone a su disposición sin tener que abonarle sus servicios" (56).

La actividad empresarial de las cooperativas de seguros sanitarias consiste en la cobertura del seguro de asistencia sanitaria. Se trata de un seguro que la clasificación realizada en la anterior Ley de Ordenación del Seguro Privado de 1984 y su Reglamento (57) incluían en el grupo IV, como uno de los seguros de servicios (58). La nueva normativa realiza una clasificación por ramos, en vez de grupos, incluyendo la modalidad de

---

(55) ESPAÑA: LEY 50/1980..., "Opus cit", art. 105.

(56) A.C. MORALES GUTIERREZ: "Factores críticos...", "Opus cit", pp. 14-15.

(57) ESPAÑA: LEY 33/1984..., "Opus cit", art. 10; y ESPAÑA: REAL DECRETO 143/1985..., "Opus cit", art. 21.

(58) Véase: E. SERRANO GUIRADO: **El Seguro de Enfermedad y sus problemas**, Instituto de Estudios Políticos, Madrid, 1950.

asistencia sanitaria dentro del ramo de enfermedad, es decir, dentro del ramo 2 de los seguros diferentes al de vida (59).

Existen ciertas limitaciones que impiden a las cooperativas de prima variable actuar en más de un ramo de seguros, y siempre fuera del seguro directo de vida, de cualquier ramo que implique responsabilidad civil, y de los seguros de caución y crédito. Además, están obligadas a realizar su actividad y localizar sus riesgos en un ámbito territorial con menos de dos millones de habitantes o en una provincia, a no ser que trate de prestaciones por enfermedad o por fallecimiento de personas unidas por un vínculo profesional. Estas limitaciones no se aplican a las cooperativas a prima fija, que por lo tanto pueden realizar esta prestación a la vez que cualquier otro seguro. Por otra parte mientras que las cooperativas a prima variable están facultadas para ceder operaciones de reaseguro pero no para aceptarlas, las de prima fija tienen la posibilidad de realizar ambas operaciones (60).

#### 4.2.2.1.2. Proporcionar puestos de trabajo al personal sanitario y la producción de asistencia sanitaria.

Las cooperativas sanitarias de trabajo asociado tienen como objeto fundamental proporcionar a sus socios puestos de trabajo para producir asistencia sanitaria. Los socios son personal sanitario, fundamentalmente médicos, que prestan sus servicios a terceros. Por lo tanto los usuarios de salud no son socios de la sociedad cooperativa como ocurre con las modalidades sanitarias de seguros y las de instalaciones sanitarias.

Entre sus prestaciones es posible recoger cualquiera de las relacionadas con la salud, incluidas las diferentes especialidades médicas. Dentro de sus cometidos pueden señalarse:

- La supresión de intermediaciones especulativas entre médicos y enfermos.
- La adquisición o gestión en común de los medios necesarios para la provisión de la medicina.
- Asumir la titularidad, o decidir la adquisición de instalaciones sanitarias que sirvan para el servicio preferente de sus socios.
- La supervisión, ordenación e inspección de las citadas instalaciones.

---

(59) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit, art. Disposición Adicional Primera; y ESPAÑA: RESOLUCION de 26 de febrero de 1996, de la Dirección General de Seguros por la que se produce la adecuación de determinados ramos del seguro a la clasificación establecida por la Ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, B.O.E. N. 106, de 2 de mayo, art. 1.

(60) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit, arts. 10.3 y 10.4; y ESPAÑA: REAL DECRETO 143/1985..., "Opus cit", arts. 25.3, 38.2, y 38.6.

#### 4.2.2.1.3. La promoción, construcción, gestión y administración de instalaciones sanitarias.

Las cooperativas de instalaciones sanitarias, como cooperativas de consumidores y usuarios, tienen como objeto procurar servicios hospitalarios para sus socios y familiares, en las mejores condiciones posibles de calidad, información y precio.

Estas sociedades cooperativas responden al objetivo de lograr que el consumidor sanitario consiga su soberanía "mediante la asociación voluntaria y la autoorganización de los servicios por los propios usuarios"

(61). Entre sus funciones hay que destacar:

- Buscar la calidad de servicio para los socios.
- La participación directa del usuario en la salud.
- Establecer un precio justo eliminando intermediarios.

Sin embargo, pueden realizar cualquiera de las señaladas anteriormente para las cooperativas sanitarias de trabajo asociado ya que su proceso productivo se encuentra profundamente vinculado con la prestación de asistencia sanitaria.

#### 4.2.2.2. *El proceso productivo.*

El proceso productivo de todas estas sociedades cooperativas tiene como característica común la prestación de la asistencia sanitaria que se produce en hospitales y otras instalaciones sanitarias. Hay que distinguir entre el producto y el proceso de prestación de servicios.

A) El producto básico de la asistencia sanitaria es la salud. A las instalaciones acuden los pacientes para mejorar o mantener su salud, por lo que éstas pueden considerarse como "empresas que producen y venden salud" (62).

B) El proceso de prestación de servicios recibe como entradas a los pacientes enfermos, cuya mejora constituye el objetivo básico del proceso productivo. En el mismo pueden diferenciarse; la admisión de pacientes, su estudio, el diagnóstico de la enfermedad y la determinación y prestación del tratamiento.

---

(61) T. ROSEMBUJ: "El consumo sanitario", en VARIOS: **I Jornadas de cooperativismo sanitario de consumo**, Elaia, Barcelona, 1986, p. 31.

(62) J. VALOR SABATIER y J. RIBERA SEGURA: "Algunos aspectos de gestión en Instituciones Sanitarias", **Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4, p. 176.

CUADRO 22. PROCESO PRODUCTIVO DE LA ASISTENCIA SANITARIA.



En el proceso recogido en el cuadro 22, se pone de manifiesto, al igual que se hace más abajo al tratar el proceso productivo de las cooperativas de distribución farmacéutica, la importancia de las prestaciones farmacéuticas en el mismo. Esta relación es analizada con más profundidad al estudiar las fórmulas de integración.

4.2.2.2.1. Funcionamiento y prestaciones de asistencia sanitaria.

Cada cooperativa de asistencia sanitaria puede tener unas normas para la prestación de servicios diferentes, motivadas por las diversas variables acogidas dentro de esta fórmula. Sin embargo, es posible establecer unos criterios de funcionamiento básicos para aquellas que realizan seguros de asistencia sanitaria en sus diferentes modalidades. Este funcionamiento puede aplicarse también a las restantes cooperativas de asistencia sanitaria cuando utilicen otra sociedad para efectuar los citados seguros. Posteriormente, se analiza la prestación de asistencia sanitaria de una forma conjunta para todas las cooperativas que realizan la misma.

4.2.2.2.1.1. Normas de funcionamiento básicas.

Afectan a los usuarios de salud, socios o no según la cooperativa. Los socios de la modalidad de seguros se diferencian del resto ya que se dan de alta en la misma mediante la contratación de una póliza. Generalmente, tanto el titular como los beneficiarios de la póliza, tienen derecho a utilizar los servicios contratados a partir del primer día del mes siguiente a la formalización de la póliza. Sin embargo, a no ser que se pacte lo contrario, suele existir un periodo de carencia, que oscila entre los 6 y 10 meses, para determinadas prestaciones. Este periodo de carencia no se aplica para las intervenciones con carácter de urgencia vital que de no realizarse pondrían en grave riesgo la vida del paciente.

Para solicitar cualquier prestación es necesario presentar los documentos acreditativos de su persona y de su pertenencia a la cooperativa. Además, se solicita la utilización de los talones de asistencia que son entregados a los diferentes profesionales una vez se recibe su prestación. Estos recibos sirven de justificante para establecer la retribución del personal de la salud.

Si la sociedad cooperativa dispone de una red interprovincial, propia o mediante conciertos con otras entidades, su asistencia puede extenderse fuera de la provincia de residencia. También puede realizarse en el extranjero mediante conciertos con entidades de ámbito internacional.

Para recibir los servicios de la sociedad cooperativa existe un procedimiento normal, aunque en caso de enfermedades cuya gravedad aconseje una actuación inmediata se puede acudir directamente a los servicios de urgencia establecidos por la citada entidad.

#### *4.2.2.1.2. Prestación de asistencia sanitaria.*

La prestación de la asistencia sanitaria es aplicable tanto para las cooperativas de seguros como para las de trabajo asociado y para las de hospitalización. En esta prestación se incluye la asistencia primaria, la asistencia hospitalaria y otros servicios.

##### *A) La asistencia primaria.*

La asistencia primaria suele prestarse en las consultas de los médicos incluidos en el cuadro médico de las sociedades cooperativas. En algunas ocasiones tiene lugar en establecimientos con esta única misión, que por lo tanto realizan una tarea similar a la ejecutada en los ambulatorios de la Seguridad Social. Está formada por la asistencia de los médicos de cabecera y de los médicos especialistas.

##### *A.1) Asistencia de los médicos de cabecera.*

Incluye la Medicina General y la Pediatría-Puericultura. La sociedad cooperativa entrega a sus asegurados un ejemplar con el cuadro médico de la entidad, sus direcciones y teléfonos. El usuario de salud puede elegir libremente a su médico de cabecera o pediatra, entre los incluidos en la citada lista.

El servicio de estos profesionales se realiza generalmente en su consulta particular, aunque en los casos en los que no sea posible el desplazamiento del enfermo puede producirse mediante visita a domicilio. Generalmente constituye el paso previo para acceder a los médicos especialistas.

#### A.2) Asistencia de los médicos especialistas.

Aunque en los casos urgentes, y en determinadas especialidades (como la oftalmología, o la odontología), pueden solicitarse directamente a los profesionales del cuadro médico, en general es necesaria la consulta previa con el médico de cabecera o pediatra. Este informa de la especialidad que corresponda pero deja libertad al paciente para acudir al facultativo elegido entre los integrantes del cuadro médico de la cooperativa.

Los médicos especialistas son los que establecen los servicios complementarios necesarios para el diagnóstico (laboratorio, radiología, etc.), el tratamiento a seguir, y, en su caso, la necesidad de hospitalización en clínica. La asistencia a domicilio por los especialistas suele estar condicionada a que dicho servicio sea solicitado por otro médico de la entidad.

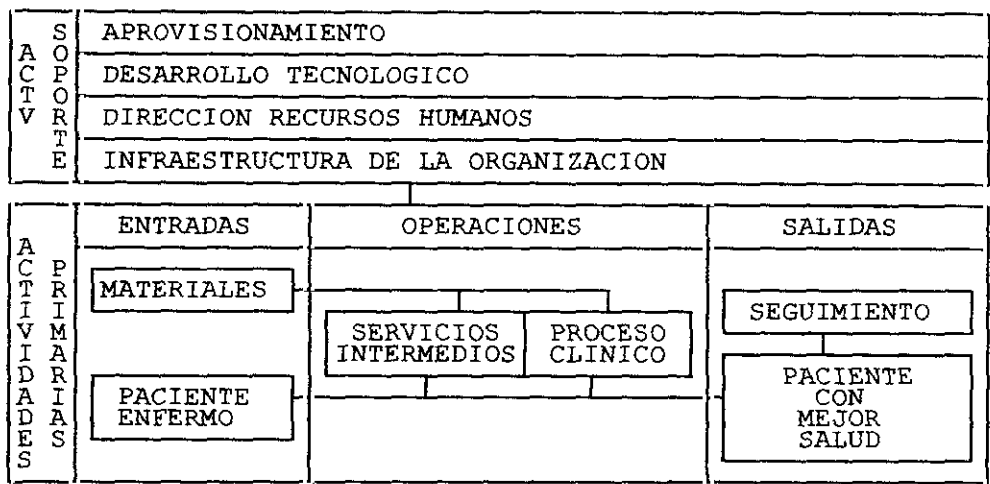
#### B) Asistencia hospitalaria.

Para el internamiento en clínicas, ya sean propiedad de la sociedad cooperativa o estén concertadas con otras entidades, es necesario la presentación de un informe médico que indique diagnóstico y finalidad de la hospitalización. Este informe suele ir acompañado de un volante que debe canjearse en las oficinas de la sociedad cooperativa por la autorización de ingreso. En caso de urgencia es posible retrasar este requisito formal, para lo que generalmente se establece un periodo de tiempo máximo.

La autorización de ingreso se concede por un plazo determinado, siendo renovada o no según la subsistencia de las causas médicas que la justifican.

El funcionamiento de las instituciones clínicas lleva implícitas una serie de actividades soporte, junto a otras consideradas como primarias (cuadro 23).

CUADRO 23. ACTIVIDADES REALIZADAS EN LAS INSTITUCIONES CLINICAS.



B.1) Actividades soporte.

Dentro de las mismas hay que diferenciar el aprovisionamiento, el desarrollo tecnológico, la dirección de recursos humanos y la infraestructura de la organización.

- Aprovisionamiento.

Comprende la selección de proveedores y la negociación con los mismos. Dado el carácter de los hospitales, los servicios clínicos deben proporcionar información sobre las características de los productos a comprar, pero en general no es conveniente que posean la decisión final de la compra. En el campo farmacéutico los facultativos deben recetar principios activos, nunca marcas comerciales.

- Desarrollo tecnológico.

La aplicación de estas actividades a los hospitales se pone de manifiesto en el desarrollo de protocolos de tratamiento, adaptados a la tecnología médica existente en cada momento. En algunas instituciones también se realizan investigaciones relativas a la ciencia médica.

- Dirección de recursos humanos.

Consiste en la búsqueda, contratación, formación y gestión del personal que forma parte de los diferentes servicios del hospital.

- Infraestructura de la organización.



Incluye las actividades de soporte fundamentales para el funcionamiento del hospital, como la gerencia y los controles económico y de calidad.

## B.2) Actividades primarias.

Son aquellas actividades con contenido sanitario, en las que se pone de manifiesto el autentico proceso productivo de un hospital, pero que necesitan de las actividades soporte para su buen funcionamiento. Dentro de las mismas se distinguen las entradas, las operaciones y las salidas.

### - Entradas.

El hospital para realizar su actividad necesita pacientes a los que atender junto a los materiales utilizados en el proceso productivo.

#### \* Los pacientes.

Aunque son analizados más abajo, en este punto hay que poner de manifiesto la importancia de la política de admisiones y de la gestión de las camas.

#### \* Los Materiales.

Una vez comprados los materiales que el hospital utiliza para su funcionamiento, es necesaria la gestión y manejo de los mismos, desde su salida del almacén del proveedor, hasta su llegada a los usuarios. Entre estos materiales se incluyen los de enfermería, el inmovilizado, o los productos farmacéuticos.

En relación a los últimos hay que reseñar la importancia de la "unidosis", que consiste en suministrar a los pacientes las medidas exactas de medicamentos que necesita diariamente. De esta forma se aumenta la calidad, al evitar los posibles errores procedentes de la disponibilidad por parte de los enfermos de frascos de medicamentos, aparte de las ventajas de tipo económico que lleva implícitas.

### - Operaciones.

Incluye las actividades tradicionales de un hospital. Teniendo en cuenta la relación con los pacientes es posible diferenciar entre la creación de servicios intermedios y el proceso clínico.

\* La creación de servicios intermedios.

Comprende el conjunto de actividades que relacionados con el tratamiento del paciente, generan productos intermedios que son utilizados por los facultativos para lograr el resultado. Suelen ser fácilmente estandarizables. Los análisis realizados a un paciente para conocer su estado son un claro ejemplo de esta actividad.

\* El proceso clínico.

Existe una serie de procesos realizados para el tratamiento del paciente, que no suelen seguir un proceso estandarizable. Esto es así ya que las condiciones de cada paciente son diferentes, y las decisiones de los médicos son tomadas en función del estado clínico de los primeros.

- Salidas.

El paciente con mejor salud es la principal salida del proceso productivo, pero es necesario la realización del seguimiento del paciente una vez reciba el alta. Este seguimiento suele realizarse por los médicos especialistas sin necesidad de acudir al hospital.

### C) Otros servicios.

Pueden incluirse en este grupo una serie de prestaciones relacionadas con la asistencia sanitaria que no aparecen recogidas en los anteriores grupos. Se distingue entre la asistencia por ayudantes técnicos sanitarios y el servicio de ambulancias.

- La asistencia por ayudantes técnicos sanitarios.

Para recibir sus servicios es necesaria la prescripción de un médico de la cooperativa, en la que conste el tratamiento específico.

- Ambulancias.

El traslado de enfermos para su ingreso en un centro sanitario, suele ser incluido entre las prestaciones de la sociedad cooperativa cuando concurren circunstancias que impidan usar los medios tradicionales de transporte.

A lo largo de todo este proceso hay que distinguir entre los elementos personales, y las prestaciones asistenciales ofrecidas en el proceso hospitalario y extrahospitalario.

#### 4.2.2.2.2. Elementos personales.

Entre los elementos personales implicados en las prestaciones asistenciales pueden citarse:

- Los usuarios o pacientes.
- Los proveedores.
- Los profesionales de la salud.
- Los profesionales no sanitarios.

- A) Los usuarios o pacientes enfermos son los demandantes de los servicios del hospital, convirtiéndose en el componente esencial del producto hospitalario definido por los mismos pacientes con mejor salud. En las cooperativas de seguros y de instalaciones son los socios de la cooperativa, mientras que en las de trabajo asociado son terceros ajenos a las mismas.
- B) Los proveedores son los encargados de suministrar los medicamentos, instrumental y resto de recursos necesarios para la prestación de salud. Pueden ser las sociedades cooperativas farmacéuticas.
- C) Los profesionales de la salud están integrados por los médicos y resto de personal sanitario (*farmacéuticos, enfermeras y técnicos*) con *responsabilidad de decisión* en sus respectivos ámbitos. Este personal sanitario es, por un lado, el generador de la demanda de servicios tratamientos y atenciones hospitalarias (al ser el que determina el proceso clínico a que se somete el paciente), y a la vez el proveedor de parte de estas necesidades. A esta múltiple función del personal sanitario hay que añadir la propiedad de la sociedad cooperativa en el caso de que se trate de socios trabajadores (en la modalidad de trabajo asociado) o de socios de trabajo (*en el resto de modalidades de asistencia sanitaria*).
- D) Los profesionales no sanitarios están integrados por el personal sin responsabilidad de decisión en materia sanitaria. Sin embargo, sus funciones son también necesarias para el buen funcionamiento de cualquier instalación sanitaria. También pueden ser socios de trabajo.

4.2.2.2.3. Prestaciones asistenciales.

Tanto el número de prestaciones asistenciales, como las condiciones en que se realizan las mismas varían de unas a otras cooperativas de asistencia sanitaria, aun teniendo éstas la misma naturaleza. Sin embargo, de una forma resumida y sin intención de hacer una relación estricta, las prestaciones pueden dividirse en ocho apartados:

- A) Medicina primaria.
- B) Urgencias.
- C) Especialidades Médicas.
- D) Especialidades quirúrgicas.
- E) Pruebas diagnósticas.
- F) Métodos terapéuticos.
- G) Hospitalización.
- H) Otros servicios.

La descripción de cada uno de estos apartados es la siguiente:

A) Medicina primaria.

Incluye medicina general, puericultura, pediatría y la asistencia de un ayudante técnico sanitario.

B) Urgencias.

Esta, se presta o bien mediante los centros de urgencia permanentes, o bien a domicilio.

C) Especialidades Médicas.

Entre una amplia gama de especialidades hay que reseñar:

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| - Aparato digestivo.    | - Urología.            |
| - Traumatología.        | - Cardiología.         |
| - Alergia.              | - Endocrinología.      |
| - Geriatria.            | - Hematología Clínica. |
| - Otorrinolaringología. | - Reumatología.        |
| - Dermatología.         | - Neurología.          |
| - Oncología.            | - Proctología.         |
| - Neumología.           | - Obstetricia.         |

- Odontología.
- Medicina interna.
- Oftalmología.
- Pediatría.
- Nefrología.
- Ginecología.
- Psiquiatría.

#### D) Especialidades quirúrgicas.

Comprende las intervenciones quirúrgicas o cirugía, en un gran número de las especialidades médicas señaladas más arriba.

#### E) Pruebas diagnósticas.

Pueden mencionarse:

- Análisis clínicos.
- Radiología.
- Resonancia magnética nuclear.
- Topografía axial computerizada.
- Isótopos radioactivos.

#### F) Métodos terapéuticos.

Dentro de una variada gama hay que citar:

- Fisioterapia.
- Rehabilitación.
- Láser.
- Logofoniatría.
- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Transfusiones.

#### G) Hospitalización.

La hospitalización puede producirse por diferentes causas, dando lugar a las siguientes modalidades:

- Hospitalización domiciliaria.
- Hospitalización médica para observación.
- Hospitalización médica propiamente dicha.
- Hospitalización pediátrica.
- Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva.

- Hospitalización para intervención quirúrgica.
- Hospitalización para parto.
- Hospitalización psiquiátrica.

#### H) Otros servicios.

Es posible la inclusión, entre otros, del servicio de ambulancias o de la asistencia en el extranjero.

#### 4.2.2.4. Características de la asistencia sanitaria a través de sociedades cooperativas.

Una vez analizado el funcionamiento de las sociedades cooperativas en lo relativo a los bienes reales, pueden reseñarse una serie de características diferenciadoras con respecto a la sanidad pública y al resto de la sanidad privada.

Los motivos de estas diferencias se integran en dos grupos, según la naturaleza de las sociedades cooperativas como empresas, o según una serie de principios basados en los valores de la medicina tradicional.

##### A) Características basadas en los valores médicos tradicionales.

La misión de cada institución sanitaria constituye las líneas básicas de actuación de la misma, siendo el punto de partida de su plan estratégico. Las misiones pueden tener diferente amplitud, que oscila desde un proyecto altamente normatizado, hasta una lista de creencias y valores que lleven hasta la organización (63).

En el caso de las cooperativas de asistencia sanitaria sus misiones vienen condicionadas por la aplicación de los principios cooperativos, pero, además, se encuentran vinculadas a los valores médicos tradicionales. Estos valores, son recogidos de la práctica igualatorista, y aunque no pueden aplicarse a todas las sociedades cooperativas implicadas en este sector, se han convertido en las señas de identidad de actual modelo de asistencia sanitaria cooperativa (64). Son los siguientes:

- Libre elección de médico.
- Habitación individual con derecho a acompañante.
- Pago por acto profesional realizado.

---

(63) J.L. DALMAU PORTA, E. SANCHEZ RUANO y D. VIVAS CONSUELO: "La modernización de la gestión de los servicios de salud: Aspectos técnicos y de organización", **Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4, pp. 121-125.

(64) S. MUSSONS TRULLOLS: **Sistema público...**, "Opus cit", pp. 80-82.

#### A.1) Libre elección de médico.

La libre elección de médico se extiende tanto al médico de cabecera, como al especialista. Para poder realizarla el usuario de la sociedad cooperativa puede elegir entre la lista de facultativos incluidos dentro del cuadro médico de la misma. Su puesta en práctica facilita la relación personal entre médico y paciente más allá de la propia enfermedad.

#### A.2) Habitación individual con derecho a acompañante.

La relación personalizada entre los profesionales de la salud y el paciente, también se pone de manifiesto con el derecho a una habitación individual en aquellos tratamientos que precisen hospitalización. De esta forma se garantiza el derecho a una intimidad generalmente inexistente en la asistencia sanitaria pública, en la que la hospitalización suele realizarse en habitaciones compartidas por dos o más pacientes (65).

Además, se ofrece la posibilidad de que un acompañante permanezca constantemente con el enfermo, evitando así que el paciente se enfrente a su enfermedad en solitario.

#### A.3) Pago por acto profesional realizado.

Dada la influencia económica del pago a los profesionales de la sociedad cooperativa por acto realizado, este aspecto es analizado más abajo al tratar los aspectos financieros que caracterizan a estas entidades.

#### B) Características según la naturaleza de las sociedades cooperativas como empresas.

La prestación de la asistencia sanitaria por las cooperativas, tiene varias notas caracterizadas por la naturaleza de estas entidades. Entre las mismas pueden citarse:

- Independencia en la relación sanitaria.
- La propiedad de las instalaciones asistenciales.
- Participación en la gestión.

##### B.1) Independencia en la relación sanitaria.

La relación que se produce entre paciente y profesional de la salud ha sido voluntariamente acordada por ambos, sin que exista ningún sistema exterior que las mediatice.

---

(65) F. MARTIN APARICIO: "Compromiso asegurador, individual y colectivo del cooperativismo sanitario español", **Cuadernos Cooperativos**, N. 11, pp. 78.

La actuación de cada uno de los protagonistas en estas relaciones viene determinada por el tipo de sociedad cooperativa de que se trate, ya que la naturaleza de las mismas establece la diferencia entre socios, asalariados, o usuarios.

#### B.2) La propiedad de las instalaciones asistenciales.

Si las cooperativas de asistencia sanitaria tienen la propiedad de estas instalaciones, las mismas pertenecen a sus socios, ya se trate de usuarios de salud (prima fija, prima variable o de hospitalización), o de profesionales sanitarios (trabajo asociado). La citada propiedad tiene especial importancia en las cooperativas de instalaciones sanitarias, ya que en las mismas se trata de una condición implícita en la naturaleza de la propia entidad.

Este hecho hace que las instalaciones sanitarias sean vistas como propias, por lo que el comportamiento de los usuarios y/o profesionales suele encaminarse a procurar la conservación y mejora de las mismas (66). Se trata de un elemento más en la consecución de la calidad en la atención hospitalaria del paciente, y a la vez una ventaja para los encargados de la gestión y funcionamiento de las mencionadas instalaciones.

#### B.3) Participación en la gestión.

Las sociedades cooperativas incluidas en este sector permiten la participación en la gestión de los principales implicados en la asistencia sanitaria (profesionales de la sanidad y usuarios).

Esta participación se realiza en las asambleas generales de las sociedades cooperativas y en el resto de órganos societarios, en las que se expresa la voluntad de los socios como auténticos protagonistas de la asistencia sanitaria. La principal manifestación de esta participación se realiza en las cooperativas de segundo grado que agrupan como socios a profesionales y usuarios de salud. Esta circunstancia es analizada con detalle más abajo, al referirse a las fórmulas de integración.

---

(66) F. MACHANCOSES MINGACHO: **Las relaciones sanitarias en el cooperativismo de la sanidad**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Barcelona, 1989, pp. 156-158.



#### 4.2.3. La distribución farmacéutica mediante sociedades cooperativas.

La distribución nace como consecuencia de la división del trabajo. La revolución industrial produce la separación entre la actividad productiva y la de venta, y con ello la aparición de un comercio al por mayor (67).

El sector farmacéutico no es una excepción a este proceso, surgiendo los almacenes mayoristas como intermediarios entre la industria farmacéutica, y las oficinas de farmacia y otros entes encargados de las prestaciones farmacéuticas al público. Las características principales de estos tres tipos de entidades son las siguientes:

##### A) La industria farmacéutica.

Desde un punto de vista legal se entiende como industria farmacéutica (68) la producción de especialidades farmacéuticas y la fabricación de materias primas de uso farmacéutico (69). Ambas son definidas más abajo. A esta industria también se la denomina laboratorios farmacéuticos, cumpliendo, además de la fabricación del medicamento, las funciones de "la información que proporciona a los médicos, la garantía de calidad, seguridad y eficacia del producto, el esfuerzo en investigar nuevos fármacos..." (70).

##### B) Los almacenes farmacéuticos.

Son entidades actúan como mediadores entre la industria y las oficinas de farmacia, encuadrándose dentro del subsector de distribución. Hay que diferenciar, en función de su capital, entre los almacenes propiedad de los farmacéuticos y aquellos cuyo capital se encuentra en otras manos (71).

##### B.1) Almacenes con capital no farmacéutico.

Se trata de entidades autorizadas para la compra al por mayor de especialidades, productos y objetos de venta en farmacia, para su posterior distribución a las oficinas de farmacia. Suelen constituirse como sociedades anónimas, siendo su capital propiedad de no farmacéuticos.

---

(67) G. TRIOLAIRE: *Costes de la distribución y formación de precios*, Sagitario S.A., Barcelona, 1965, p. 12.

(68) Véase: F. LOBO: *La Industria farmacéutica y el Estado, Relaciones tormentosas con nuevos participantes*, KARPOS, Madrid 1982; y A. URGOTI BEGUER: "Estructura General de la Industria Farmacéutica", I *Convención Bienal de la Industria Farmacéutica Española*, Barcelona, 1961.

(69) ESPAÑA: REAL DECRETO 380/1980 de 22 de febrero, sobre industria farmacéutica, B.O.E. N. 54, de 3 de marzo; y ESPAÑA: REAL DECRETO 2135/1980 de 26 de septiembre, sobre liberalización farmacéutica, B.O.E. N. 247, de 20 de octubre, desarrollado por ORDEN de 19 de diciembre, B.O.E. N. 308, de 24 de diciembre.

(70) I. CONDE FONT: "La Prestación Farmacéutica: ¿Financiación Pública o Privada?", en VARIOS: *Público-Privado en el Sector Sanitario*, Colegio de Economistas de Valencia, Valencia, 1988, p. 552.

(71) ACOFARMA: "Cooperativas frente a los almacenes", ACOFAR, N. 239, junio de 1986, pp. 28 y 29.

## B.2) Almacenes con capital farmacéutico.

Su característica es que el capital se encuentra en poder de farmacéuticos. Hay que diferenciar entre los centros farmacéuticos y las cooperativas farmacéuticas.

### - Los centros farmacéuticos.

Son almacenes farmacéuticos cuya peculiaridad radica en que son propiedad de farmacéuticos, y que, al igual que los anteriores, suelen constituirse como sociedades anónimas, por lo que su capital está remunerado por intereses.

### - Las cooperativas farmacéuticas.

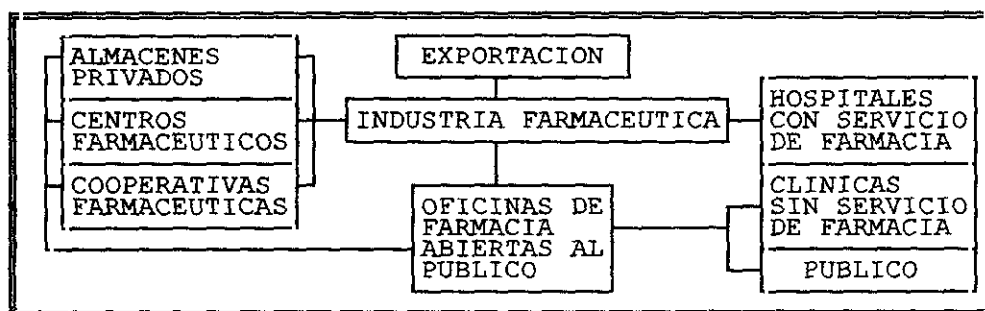
Constituyen uno de los objetos de este estudio.

## C) Las oficinas de farmacia y otros entes encargados de la prestación de servicios al público.

Representan el último escalón en el proceso de distribución farmacéutica, ya que son los que ponen a disposición de los consumidores los productos farmacéuticos. Sobre estas entidades se ha realizado un análisis más arriba, al referirse a las prestaciones farmacéuticas, por lo que ahora únicamente se reseña que se trata de los socios de las cooperativas de distribución farmacéutica.

El objetivo final de este sistema de distribución es que el medicamento llegue a los consumidores en las mejores condiciones de eficacia y economía (72). En el cumplimiento del citado objetivo se establecen una serie de relaciones entre estos tres tipos de entidades citadas que se encuentran esquematizadas en el cuadro 24.

CUADRO 24. RELACION ENTRE LOS INTEGRANTES DEL SECTOR FARMACEUTICO.



(72) MINISTERIO DE TRABAJO: *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España*, Ministerio de Trabajo, Madrid, 1977, pp. 42-44.

Los hospitales con servicio de farmacia autorizado, o las entidades dedicadas a la exportación pueden comprar sus productos directamente a la industria farmacéutica. Sin embargo, los consumidores finales, y las clínicas sin los citados servicios de farmacia, deben adquirir los productos farmacéuticos a través de las oficinas de farmacia abiertas al público. Estas pueden surtirse de mercancía de dos formas: directamente negociando con los diferentes laboratorios, o utilizando los servicios de un almacén farmacéutico en cualquiera de sus tres manifestaciones.

Por lo tanto, las cooperativas farmacéuticas realizan una función mediadora entre la industria farmacéutica y las oficinas de farmacia. Esta función las integra dentro del subsector de distribución, aunque con las características específicas de la naturaleza de las sociedades cooperativas y de los productos objeto de la mediación. En su análisis hay que distinguir entre el objeto social que determina su actividad profesional, y su proceso productivo.

#### **4.2.3.1. Actividad empresarial y objeto social.**

Aunque el objeto social de las diferentes cooperativas farmacéuticas sufre pequeñas variaciones de unas a otras, puede señalarse como rasgo común el mejoramiento y perfeccionamiento de las actividades profesionales de sus socios. Esto lleva una serie de implicaciones entre las que destacan las siguientes:

- El fin primordial consiste en la adquisición, transporte y distribución, sin ánimo especulativo, de especialidades farmacéuticas y cuantos artículos se relacionen con la profesión farmacéutica.
- La distribución entre sus socios de las especialidades y productos farmacéuticos elaborados por los mismos. En este aspecto destaca la creación de marcas propias para facilitar esta tarea (73).
- Desarrollo y creación de laboratorios de control de calidad, de elaboración de fármacos, especialidades, etc, con el objeto de atender la demanda de sus socios en las mejores condiciones de precios, pureza y calidad.
- Promover el perfeccionamiento profesional y social de sus socios por medio de becas, cursos de perfeccionamiento, certámenes, etc.

---

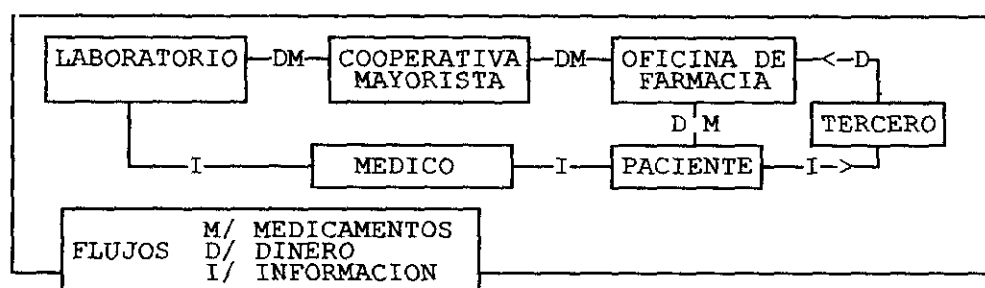
(73) ACOFAR: "Marcas propias en el mercado español", ACOFAR, N. 252, octubre 1987, pp. 23-27.

- Cualquier otro fin similar o auxiliar a los anteriores permitido por la Ley y siempre desde un punto de vista cooperativo.

#### 4.2.3.2. El proceso productivo.

El proceso productivo de estas cooperativas se centra en la distribución de productos farmacéuticos. Esto nos permite considerar su actuación como almacenes mayoristas para facilitar la distribución de especialidades farmacéuticas desde los laboratorios fabricantes e importadores a las oficinas de farmacia y servicios de farmacia legalmente establecidos. El citado proceso productivo determina los flujos reales, pero a la vez produce relaciones con otros integrantes del sector de la salud (cuadro 25).

CUADRO 25. PROCESO PRODUCTIVO EN LA DISTRIBUCION FARMACEUTICA, Y RELACIONES EN DURANTE EL MISMO.



Dentro de estas relaciones los pacientes pagan parte de los medicamentos que compran a las farmacias, mientras que el resto es abonado por la Seguridad Social. Además, se establece un flujo de información entre paciente, médico y laboratorio farmacéutico que permite la interrelación de estos colectivos. Esta relación es analizada más abajo al estudiar las posibles fórmulas de integración cooperativa en el sector de la salud.

La facultad para la mediación es reconocida por la Ley del Medicamento (74), siendo definidos en la Orden de abril de 1964 como "entidades que autorizadas por la Dirección General de Sanidad se dediquen a la distribución de especialidades farmacéuticas y, en general, cuantos artículos puedan ser de venta en las oficinas de farmacia" (75).

(74) ESPAÑA: LEY 25/1990..., "Opus cit", art. 77.

(75) ESPAÑA: ORDEN de 7 de abril de 1964, sobre laboratorios de especialidades..., "Opus cit", art. 1.

La distribución de especialidades farmacéuticas, y otros productos relacionados con la profesión farmacéutica, tiene una serie de características específicas. Estas son determinadas por la naturaleza de los productos, por las instalaciones exigidas y por las garantías técnicas, que determinan su funcionamiento (76).

#### 4.2.2.3.1. Naturaleza de los productos.

Las cooperativas farmacéuticas, como entidades de distribución, cumplen con los requisitos exigidos para las mismas, sin embargo hay que hacer algunas diferencias derivadas de la naturaleza del medicamento como mercancía principal.

La Ley del Medicamento define a este último como "toda sustancia medicinal y sus asociaciones o combinaciones destinadas a su utilización en las personas o en los animales que se presente dotada de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias o para afectar a funciones corporales o al estado mental. También se consideran medicamentos las sustancias medicinales o sus combinaciones que pueden ser administradas a personas o animales con cualquiera de estos fines aunque se ofrezcan sin explícita referencia a ellos" (77).

Para comprender mejor la anterior definición es necesario estudiar que se entiende por sustancia medicinal y por materia prima:

- Sustancia medicinal es toda materia, independientemente de su origen, a la que se le atribuye una actividad apropiada para constituir un medicamento.
- Por materia prima se entiende toda sustancia, activa o inactiva, empleada en la elaboración de un medicamento.

A pesar de los productos más importantes en la actividad de estas sociedades cooperativas son las especialidades farmacéuticas hay que tener en cuenta otras formas de presentación de medicamentos. Así se puede diferenciar entre fórmula magistral, fórmula oficial, especialidad farmacéutica o medicamento prefabricado.

---

(76) ACOFAR: "Distribución farmacéutica", ACOFAR, N. 240, noviembre 1986, p. 30.

(77) ESPAÑA: LEY 25/1990..., "Opus cit", art. 8.1.

A) Fórmula magistral.

Se trata del medicamento, elaborado por un farmacéutico o bajo su dirección, destinado a un paciente individualizado, para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa detallada de las sustancias medicinales que incluye. Su utilización se ha reducido considerablemente (78).

B) Fórmula oficial.

También denominada preparado oficial, es el medicamento, elaborado por un farmacéutico o bajo su dirección, enumerado y descrito por el Formulario Nacional, destinado al abastecimiento directo de los clientes de su farmacia o servicio farmacéutico.

C) Especialidad farmacéutica.

Consiste en el medicamento de composición e información definidas de forma farmacéutica, dosificación determinada, preparado para su utilización medicinal inmediata, dispuesto para su dispensación al público, con denominación, envase embalaje, y etiquetado uniformes, que obtenga la autorización sanitaria y la inscripción en el Registro de especialidades farmacéuticas. Se trata, por lo tanto, de productos envasados que se amparan en un nombre comercial (79).

D) Medicamento prefabricado.

Es el medicamento que no se ajusta a la definición de especialidad farmacéutica, que se comercializa en una forma farmacéutica utilizable sin necesidad de tratamiento industrial, y al que la Administración del Estado concede la autorización sanitaria e inscribe en el registro que corresponde.

Hay que mencionar que también se consideran medicamentos las sustancias o combinaciones autorizadas para ser empleadas en ensayos clínicos o investigaciones animales, así como los denominados "medicamentos especiales" por la Ley del Medicamento (80).

Además, las oficinas de farmacia pueden dispensar otros productos diferentes a los medicamentos entre los que se encuentran:

- Los productos de parafarmacia, entre los que aparecen los artículos para niños, los ortopédicos, el material de cura, los dentífricos, etc.
- Los productos de dietética y herboristería, como las plantas medicinales.
- Los productos químicos.

---

(78) R. GUERRA GARRIDO: **Medicamentos españoles**, Ed. Dopesa, Madrid, 1972, p. 113.

(79) F. VITORES PURAS: "Cincuenta años...", "Opus cit", p. 7.

(80) ESPAÑA: LEY 25/1990..., "Opus cit", arts. 11 y 39 a 44.

#### 4.2.2.3.2. Garantía técnica.

Los diferentes medicamentos y, fundamentalmente, las especialidades farmacéuticas, objeto principal de la distribución por estas cooperativas, deben cumplir una serie de requisitos de autorización y registro, así como garantías de eficacia, calidad, pureza, estabilidad, identificación y formación (81).

Por otra parte los almacenes mayoristas tienen que contar, al menos, con un Director Técnico Farmacéutico, además de la posibilidad de que existan Técnicos Farmacéuticos suplentes para casos de ausencia, vacante o enfermedad.

El cargo de Director Técnico Farmacéutico es incompatible con otras actividades de carácter sanitario que supongan intereses directos con la dispensación o fabricación de medicamentos. Esto impide a los socios farmacéuticos de las cooperativas, actuar como directores técnicos de las mismas.

Entre las funciones del director se encuentran:

- Garantizar el cumplimiento de las disposiciones sanitarias que afecten a los almacenes farmacéuticos.
- Analizar y garantizar la pureza y calidad de las materias primas.
- Garantizar la legitimidad de origen y el empaquetamiento de especialidades farmacéuticas, así como cuidar el almacenamiento y envasado de sustancias medicinales.
- Verificar las condiciones de transporte.

#### 4.2.2.3.3. Instalaciones y existencias.

La Ley del medicamento (82) dispone que los almacenes mayoristas deben contar con unas determinadas instalaciones y mantener un nivel de existencias.

##### A) Instalaciones.

Las cooperativas farmacéuticas, al igual que el resto de mayoristas del sector, disponen de una serie de almacenes, a los que se les exige el cumplimiento de unos requisitos personales,

---

(81) "Ibid.", arts. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 19.

(82) "Ibid.", art. 79.

materiales y técnicos para realizar su cometido con total garantía para la salud pública. Concretamente deben contar con las siguientes instalaciones:

- Laboratorio de análisis.
- Instalaciones específicas para sustancias que necesiten un acondicionamiento especial.
- Instalaciones de temperatura acondicionada para los géneros que lo requieran.
- Instalaciones acondicionadas para determinadas especialidades y productos estupefacientes.

#### B) Existencias.

Los almacenes tienen que disponer de las existencias mínimas de medicamentos para asegurar la continuidad de abastecimiento. Estos medicamentos deben ser mantenidos en las condiciones generales o particulares de conservación. El mantenimiento de un nivel de existencias, trae consigo una serie de implicaciones financieras, relativas a la gestión de inventarios, que son analizadas más abajo.

#### ***4.2.3.3. Características de la distribución farmacéutica a través de sociedades cooperativas.***

El proceso productivo de las sociedades cooperativas objeto de estudio se basa en la agrupación de especialidades farmacéuticas y otros productos procedentes de los diferentes laboratorios, y en su servicio a las farmacias. Esta distribución tiene unas características que las diferencian tanto con respecto a la distribución sin intermediario, como a la realizada por el resto de entidades mayoristas que participan en su sector.

La existencia de los almacenes farmacéuticos, como la de todos los intermediarios, constituye un incremento en el precio de los productos distribuidos. A pesar de ello su desarrollo se basa en la consecución de ventajas comparativas, tanto para la industria productora como para los socios farmacéuticos, derivadas de sus características específicas.

Las características que facilitan los procesos reales pueden clasificarse según sean aplicables a todos los almacenes farmacéuticos, o solamente a las sociedades cooperativas.

#### A) Aplicables a todos los almacenes de distribución farmacéutica.

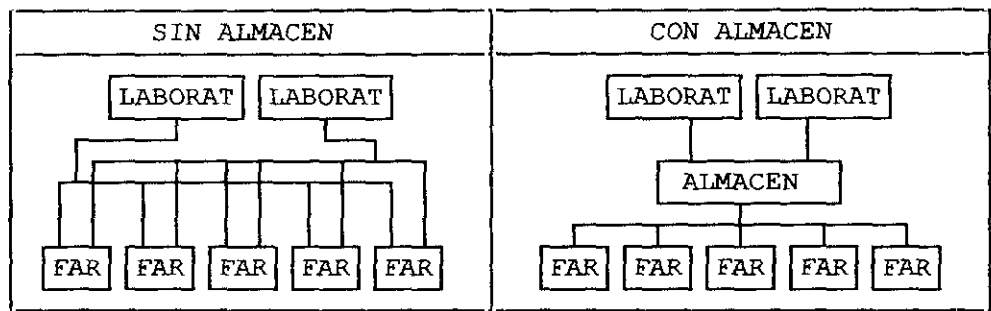
##### A.1) Lograr una mayor eficacia y rapidez en la distribución.

El motivo fundamental es la reducción del número de relaciones que tendrían que existir entre los fabricantes y consumidores, si no existieran los mayoristas. En el cuadro 26,



se establece el supuesto de la existencia de dos laboratorios y cinco oficinas de farmacia. En el caso de que no exista almacén mayorista es necesario realizar 12 procesos de intercambio, mientras que si existe un almacén el número se reduce a 7. A medida que aumenta la cantidad de laboratorios y de oficinas de farmacia, la diferencia entre las relaciones suprimidas es mayor.

CUADRO 26. RELACION ENTRE FABRICANTE Y FARMACIA, CON O SIN ALMACEN MAYORISTA.



A.2) Regularidad en el proceso productivo.

La distribución a través de almacenes mayoristas, permite a los laboratorios mantener una mayor regularidad en el ritmo de producción que si recibiese los pedidos según las necesidades inmediatas de las oficinas de farmacia.

A.3) Comunicación y promoción.

Por los canales de distribución circulan, además de los flujos físicos, otros de información. Los mayoristas proporcionan información a la empresa y promocionan sus productos (83).

A.4) Problemas de espacio.

Dado el gran número de productos que son objeto de prestación en las oficinas de farmacia, éstas deben contar con una importante superficie en la que almacenar dichos productos. Unos servicios rápidos y eficientes de distribución por parte de los mayoristas disminuyen considerablemente el número de productos en almacén con el pertinente ahorro de espacio físico.

(83) E. PEREZ GOROSTEGUI: *Economía de la...*, "Opus cit", p. 589.

B) Aplicables únicamente a la distribución farmacéutica a través de sociedades cooperativas.

La principal diferencia es la igualdad en el nivel de servicio, que hace que los precios no varíen en función del volumen de pedido. Las farmacias socios de una cooperativa farmacéutica pueden realizar diferentes tamaños de pedido, lo que en principio modifica el precio de los mismos en función de su cuantía. Sin embargo, las sociedades cooperativas tienen el mismo nivel de servicio para todos sus socios independientemente de su tamaño, fijando el precio de los repartos y servicios en función de la distancia y la ruta, pero no de la cuantía del pedido.

De esta forma el espíritu cooperativo se pone de manifiesto para favorecer a los socios farmacéuticos más pequeños, que consiguen el mismo precio por una menor cantidad. El resultado es la agilización del proceso de distribución, aunque dadas sus importantes implicaciones financieras es analizado más abajo.

#### ***4.3. Los flujos económico-financieros.***

Para conseguir un funcionamiento económicamente racional de las empresas que participan en el sector de la salud es necesario contar con la colaboración de los profesionales de la misma (médicos, farmacéuticos y otro personal de la salud) en la definición del producto sanitario y a la hora de elegir, entre las alternativas posibles, el proceso más económico para llegar a un fin.

El análisis de los flujos económico-financieros de las sociedades cooperativas de la salud debe tener en cuenta los modelos de financiación utilizados en este sector. El análisis de los citados sistemas sirve como base para establecer el proceso de formación del resultado económico, así como para determinar la estructura financiera de estas entidades. Por último se considera el tratamiento fiscal y otras consideraciones económicas relativas a la constitución de las mencionadas entidades. Todos los aspectos señalados se analizan de forma general para las sociedades cooperativas del sector de la salud, pormenorizando posteriormente en función de la actividad realizada por cada una de ellas.

4.3.1. Modelos de financiación en el sector de la salud.

La importancia de la salud, hace que la financiación de este sector sea uno de los aspectos fundamentales, tanto para las diferentes entidades participantes, como para los usuarios de la misma.

Además, el estudio de la financiación toma mayor relevancia si se tiene en cuenta el previsible crecimiento de los gastos que sufre este sector (84). Entre los aspectos más importantes en el incremento de estos gastos pueden señalarse:

- La propuesta de universalización del derecho de asistencia sanitaria.
- La ampliación de servicios sanitarios y farmacéuticos incluidos dentro de los diferentes seguros (odontología o determinados productos farmacéuticos).
- El envejecimiento progresivo de la población.
- La adopción de nuevas tecnologías (85).
- La mejora de la calidad asistencial.

Estos aspectos, entre otros, producen un incremento en los gastos sanitarios, que deben ser cubiertos mediante un buen sistema de financiación. Por ello conviene analizar las principales vías de financiación del sector de la salud, distinguiendo si son propias del sector público o del privado, (cuadro 27), para posteriormente analizar algunos sistemas para reducir el gasto.

CUADRO 27. MODELOS DE FINANCIACION DEL SECTOR SALUD.

FINANCIACION	PRIVADA	CONTRIBUCIONES POR ACTO RECIBIDO
		PRIMAS
	PUBLICA	SISTEMA NACIONAL DE SALUD
		SEGURIDAD SOCIAL

(84) Los escenarios del gasto en sanidad se encuentran recogidos en: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1991, pp. 35-38.

(85) Véase: R. FERNANDEZ ALEGRE: "Economía, Tecnología y Salud: Circuitos de Decisión y Evaluación de la Tecnología Sanitaria", Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa, N. 4, pp. 149-161.

#### **4.3.1.1. Modelos de financiación privados.**

La financiación privada se realiza mediante dos procedimientos fundamentales; las contribuciones por acto recibido y las primas.

##### **A) Las contribuciones por acto recibido.**

Este procedimiento consiste en el abono económico, como contraprestación de los servicios o bienes recibidos, por lo que no existen cuotas ni periodicidad en los pagos. Es el caso de los médicos privados o de algunas entidades de seguros que realizan un servicio a ciudadanos no asociados a las mismas.

##### **B) Las primas.**

Se trata de cantidades de dinero que el asegurado entrega a una entidad privada para cubrir sus posibles gastos de salud. Su cuantía se establece en función de la probabilidad de caer enfermo, siendo su pago voluntario. Es el caso de las cooperativas sanitarias de seguros a prima fija y variable, aunque en estas últimas la derrama sea posterior a los siniestros.

#### **4.3.1.2. Modelos de financiación públicos.**

Tradicionalmente la financiación del modelo de salud público se basa en impuestos no específicos o a través de las cuotas abonadas sobre las rentas de trabajo. El primer caso da lugar a los modelos de Servicio Nacional de Salud, mientras que el segundo conduce a los modelos de Seguridad Social.

##### **A) Los modelos de Servicio Nacional de Salud.**

Estos modelos no asignan un impuesto específico a la financiación del sector salud, sino que ésta se obtiene con cargo a los presupuestos generales del estado. Las prestaciones de salud son, en este caso, universales y gratuitas. Se aplican en países como Italia, Suecia o el Reino Unido.

##### **B) Los modelos de Seguridad Social.**

La financiación mediante las denominadas cotizaciones sociales obligatorias es la característica diferenciadora de estos modelos. La población cubierta es la de los trabajadores y sus familiares, aunque en la práctica suele extenderse a ciudadanos en determinadas circunstancias. Una posibilidad que permite este sistema es la de excluir de la

obligatoriedad de las cuotas a los ciudadanos con renta superior, a la vez que se les permite elegir entre cobertura pública o privada. Entre los países que utilizan este modelo se puede citar a Francia, Alemania y Suiza.

La comparación de los dos modelos de financiación pública muestra que ambos tienen ventajas e inconvenientes (86). Por un lado el sistema de Seguridad Social colabora con la reducción del gasto en salud, al establecer una relación directa entre este gasto y los impuestos que hace aumentar la conciencia del usuario sobre el coste del sistema sanitario (87). Por otra, los modelos de Sistema Nacional de Salud recogen mejor la idea de la salud como un bien preferente que debe ofrecerse a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad.

El sistema financiero de la sanidad pública española tiene un carácter mixto. En el mismo se utilizan aportaciones estatales vía presupuestos, con fines principalmente asistenciales, y aportaciones por cotización social dirigidas fundamentalmente a prestaciones contributivas. La actual tendencia consiste en incrementar la importancia porcentual de la primera con respecto al resto (88).

Sin embargo también se utilizan otras fuentes de financiación como las cantidades recaudadas en concepto de recargos o sanciones y los intereses de los recursos financieros. No se consideran recursos financieros de la Seguridad Social los ingresos procedentes de tasas por prestación de asistencia sanitaria o venta de productos resultantes de la misma, a personas no cubiertas por el sistema público. Tampoco los procedentes de donaciones o ayudas altruistas. Este conjunto de ingresos son reclamados por el INSALUD para su ingreso en el Tesoro Público, que procede a realizar su transferencia, en función del crédito aprobado por el Ministro de Sanidad y Consumo, a las cuentas que la Tesorería General de la Seguridad Social tiene abiertas para cada centro sanitario (89).

Por otra parte la Reforma del sistema de la salud, promulgada por la Ley General de Sanidad de 1986, lleva a la transferencia a las Comunidades Autónomas de las competencias en esta materia. Dichas transferencias van acompañadas de un sistema de financiación propio para la sanidad que presenta notables diferencias con respecto al utilizado para el resto de la financiación pública autonómica (90).

---

(86) En este sentido puede consultarse: E. ALBI, C. CONTRERAS, J.M. GONZALEZ-PARAMO e I. ZUBIRI: *Teoría de...*, "Opus cit", p. 179.

(87) Sobre los *tratamientos sanitarios superfluos* véase: M. LEBOEFUT: *El gran Principio del Management*, Grijalbo, Barcelona, 1985.

(88) El gasto público en sanidad entre 1960 y 1987 se encuentra en: J. BAREA TEJEIRO: *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1992, pp. 119-555.

(89) ESPAÑA: REAL DECRETO 1/1994..., "Opus cit", art. 86, y Disposición Adicional Vigésimo Segunda.

(90) Un análisis empírico sobre la mencionada diferencia se encuentra en: J. NIETO, J.M. CASARES, y G. CARMONA: "Equidad y eficiencia en la distribución territorial de recursos financieros en España. Análisis empírico", *Revista Hacienda Pública*. Monografía, N. 1, 1993, pp. 110-125.

Así mientras las Comunidades Autónomas que tienen transferida la gestión del INSALUD se financian, en materia de sanidad, mediante las normas establecidas en la propia Ley General de Sanidad (91), el resto de comunidades lo hacen según la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA) (92). De una forma resumida las diferencias entre una y otra financiación son:

- La LOFCA trata de conciliar los principios de autonomía de gestión, financiación y equidad, utilizando diferentes variables como método de ponderación. Entre otras variables emplea la población, la superficie, un índice de pobreza relativa y un índice de riqueza fiscal. Las cantidades correspondientes a las Comunidades Autónomas se encuentran ligadas a la evolución de los ingresos estatales, de las que se consideran una participación (93).
- La Financiación de la Ley General de Sanidad de 1986, se basa en el criterio de población protegida. Sin embargo, antes de aplicar este criterio al presupuesto total del INSALUD hay que descontar los gastos de los servicios centrales y otros que precisan gestión centralizada. Esta circunstancia hace que la cantidad anual a distribuir se determine según los presupuestos y no según los ingresos, y que, además, no evolucione en función de ninguna variable.

Por lo tanto coexisten diferentes sistemas para la financiación territorial sanitaria, ya que a lo dicho anteriormente hay que añadir:

- Las diferencias existentes entre las diferentes comunidades que asumen la gestión del INSALUD (94).
- La Ley General de Sanidad de 1986 (95) determina que la financiación sanitaria de las comunidades navarra y vasca se establezcan en función de su Ley Foral y Estatuto de Autonomía respectivamente.

---

(91) ESPAÑA: LEY 14/1986..., "Opus cit", arts. 78-83.

(92) ESPAÑA: LEY ORGANICA 8/1980 de 22 de septiembre, por la que se aprueba la Ley Orgánica sobre la Financiación de las Comunidades Autónomas, **B.O.E.** N. 236, de, 1 de octubre.

(93) Sobre la financiación de las Comunidades Autónomas y más concretamente sobre la LOFCA puede verse: L. RODRIGUEZ SAIZ, J. MARTIN PLIEGO, J.A. PAREJO GAMIR, y A. ALMOGERA GOMEZ: **Política Económica Regional**, Alianza Universidad Textos, 1986, Madrid, pp. 314-329.

(94) J.C. COSTAS I TERRONES: "Equidad horizontal y servicios de salud de las Comunidades Autónomas", **Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4, pp. 56-83.

(95) ESPAÑA: LEY 14/1986..., "Opus cit", art. Disposición Adicional Primera.

La finalidad de este sistema busca procurar un saneamiento financiero, que puede desglosarse en una triple acción:

- \* el establecimiento de un sistema de financiación general por reparto,
- \* el condicionamiento del nivel de las pensiones a los periodos de cotización y,
- \* la racionalización del sistema financiero.

El desarrollo no se ha logrado en su totalidad, a lo que hay que añadir que la crisis por la que atraviesa su financiación (96).

#### *4.3.1.3. Sistemas de control del gasto en el sistema de salud.*

El crecimiento del gasto en salud ha hecho surgir una serie de sistemas cuyo objetivo es realizar un control del mismo, con el fin de realizar su asignación eficiente.

Tradicionalmente el control del gasto en el sector público suele hacerse vía presupuestos. El citado método implica que en caso de la inexistencia de una eficiente asignación de los recursos y la no disposición de una buena información sobre las necesidades de los usuarios, se producirán unas prestaciones insuficientes con las consiguientes colas de espera. La eliminación de estas colas suele llevar a una mayor rapidez en la atención que desemboca en una peor calidad asistencial, afectando al trato personal. Además, la rigidez de los procesos presupuestarios hace muy difícil variar lo establecido en el caso de que surjan necesidades no previstas inicialmente.

El control de gastos en materia de sanidad no es un problema exclusivo del sector público, sino que también afecta al sector privado. Para solucionarlo se han ideado una serie de métodos de control, entre los que pueden distinguirse dos grupos, según actúen sobre la demanda o sobre la oferta de salud (97).

##### **A) Métodos de control del gasto en salud que actúan sobre la demanda.**

Este primer grupo se fundamenta en la existencia de una demanda de atención en materia de salud, superior a la que necesitan los usuarios de la misma. Para corregir esta situación se traslada parte del coste de la sanidad al propio usuario.

---

(96) Sobre los problemas de la financiación de los modelos de Seguridad Social puede consultarse: E. FUENTES QUINTANA: *Hacienda Pública. Principios y estructura de la imposición*, Madrid, 1987, pp. 496-498.

(97) Para el análisis de los métodos de control del gasto se sigue a: E. ALBI, C. CONTRERAS, J.M. GONZALEZ-PARAMO e I. ZUBIRI: *Teoría de...*, "Opus cit", pp. 187-190.

El método más utilizado es el "ticket moderador", que consiste en hacer pagar al usuario un porcentaje del coste de la asistencia prestada. Este método puede ser utilizado tanto en sistemas de prestación privada como pública.

Entre sus inconvenientes hay que citar su regresividad, ya tiene el mismo efecto independientemente de la renta de cada persona. Por otra parte los individuos en general, no tienen suficiente preparación para determinar los servicios de salud de los que pueden prescindir sin afectar a la misma.

#### B) Métodos de control del gasto en salud que actúan sobre la oferta.

Los métodos incluidos en este grupo tratan de trasladar a los médicos, farmacéuticos, y en general al personal sanitario, parte de la asignación de los recursos. Dentro de estos sistemas pueden destacarse, el control directo sobre el gasto, y los sistemas de retribución a médicos y hospitales.

##### - El control directo sobre el gasto.

Es el método utilizado tradicionalmente en los sistemas de provisión pública. Consiste en limitar determinados gastos, que se producen por la inducción directa del personal sanitario. Entre las partidas limitadas pueden citarse el número de recetas extendidas por médico, o la obligatoriedad de recetar, a igualdad de efectos producidos, los medicamentos más baratos.

##### - Los sistemas de retribución a médicos y hospitales.

Entre los sistemas incluidos en este grupo destaca el sistema de pago por "Grupos Homogéneos de Diagnóstico" (D.R.G.), ideado para retribuir las prestaciones privadas financiadas con recursos públicos.

El método consiste en clasificar las diferentes patologías médicas en grupos de diagnóstico que requieren unos recursos financieros más o menos similares. Los centros de asistencia sanitaria deben clasificar a los usuarios en uno de los grupos, cobrando una cantidad fija en función del citado grupo y no de las prestaciones recibidas. El inconveniente es la posible clasificación en grupos que produzcan mayores beneficios.



#### **4.3.2. La formación del resultado económico.**

El análisis del resultado económico permite establecer unos criterios con los que valorar la actuación de una sociedad en el pasado, y a la vez perfeccionar la toma de decisiones en el futuro. Además, es un buen método para medir la eficiencia en la gestión de los órganos directivos.

El período de tiempo generalmente marcado para el cálculo del resultado de una sociedad es el ejercicio económico. Además, la Ley General de Cooperativas (98) establece que, salvo disposición en contra de los Estatutos Sociales, el ejercicio económico coincidirá con el año natural. Esta potestad decisoria, otorgada a los Estatutos para las sociedades cooperativas en general, no se aplica para las cooperativas sanitarias de seguros, ya que la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado y el Reglamento de Seguros (99) establecen la necesaria coincidencia del ejercicio económico y el año natural.

La Cuenta de Pérdidas y Ganancias, el Balance, la Memoria explicativa y la propuesta de distribución de excedentes positivos o imputación de los negativos, deben ser formulados por el Consejo Rector en el plazo de cuatro meses a partir del cierre del ejercicio. Por lo tanto, teniendo en cuenta la coincidencia entre año y ejercicio económico para las cooperativas de seguros, el plazo señalado anteriormente será para estas entidades hasta finales de abril.

La información anterior sirve de base para la aprobación de las cuentas anuales por la Asamblea General, previa censura de los interventores.

##### **4.3.2.1. El resultado o excedente y sus clases.**

El excedente es una magnitud a través de la cual se expresa, en un período de tiempo, el resultado de una empresa en términos absolutos. Su cálculo se efectúa restando a las ventas netas el valor de los sacrificios económicos realizados para obtener los citados ingresos.

En opinión de GARCIA-GUTIERREZ (100) la diferencia, dentro del ámbito del excedente, entre las empresas denominadas capitalistas, sean públicas o privadas, es; lo que se considera como gasto, y entre

---

(98) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 82.1.

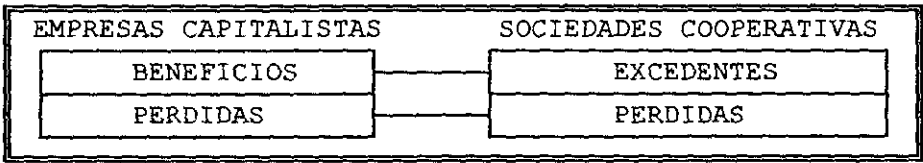
(99) La coincidencia entre el ejercicio económico y el año natural aparece recogida en: ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", art. 20.7; y ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", art. 43.3.

(100) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "Estudio del Régimen Económico de la Contabilidad de la Empresa Cooperativa en relación con la Ley 3/1987 de 2 de abril, General de Cooperativas", *Revista de Estudios Cooperativos*, N. 54-55, p. 175.

quienes se distribuye el excedente cuando ha sido positivo. Según este mismo autor, mientras en las empresas capitalistas se habla de "beneficios y pérdidas", en las sociedades cooperativas estos conceptos son denominados como "excedentes y pérdidas". El motivo fundamental de la mencionada diferencia es la identificación del concepto de beneficio con el de lucro. En este sentido hay que citar el tercer principio cooperativo que determina que los resultados económicos deben distribuirse de forma que ningún socio obtenga ganancias a expensas de otros, pero en ningún momento se refiere a la imposibilidad de conseguir excedentes positivos (cuadro 28).

En lo referente al lucro, la Ley General de Cooperativas de 1987 evita en su concepto de cooperativa la característica de ausencia de ánimo de lucro. Además, la Ley General y las autonómicas, afirman adaptarse a los principios de la Alianza Cooperativa Internacional (ACI) entre los que no figura la ausencia de lucro. Algunos autores (101) encuentran un cierto lucro cooperativo en la Ley General, expresado por los posibles intereses que pueden devengar las aportaciones desembolsadas al capital, y el retorno cooperativo resultante de los excedentes una vez deducidas las dotaciones de los Fondos obligatorios.

CUADRO 28. LOS EXCEDENTES EN LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS.



En sentido estricto, habría que hablar de excedente positivo y negativo al referirse al resultado de las sociedades cooperativas, lo que permite diferenciar tres tipos de excedentes (cuadro 29):

A) Excedente ordinario de las operaciones con los socios (EOS).

El artículo 83.1 de la Ley General de Cooperativas, se refiere a operaciones cooperativizadas, interpretándose como tales las ordinarias de la sociedad por exclusión de las extraordinarias que si se encuentran expresadas en el artículo 83.2 de la citada Ley, y a las que se hace referencia más abajo.

B) Excedente ordinario de las operaciones con terceros (EOT).

En este grupo hay que incluir las mismas operaciones señaladas en el apartado anterior, cuando se realizan con terceros no socios. Entre los terceros se incluyen a los asociados, aunque tengan hechas aportaciones al capital social.

(101) J. GUTIERREZ DEL ALAMO Y MAHOU, *Estudio Jurídico...*, "Opus cit", pp. 36-38.

C) Excedente extraordinario (EE).

Se incluye dentro de este concepto; al que resulta de las plusvalías o minusvalías en la enajenación de los elementos del activo inmovilizado o de los recursos conseguidos de otras fuentes ajenas a los fines específicos de la sociedad cooperativa, y de los resultados obtenidos en inversiones o participaciones en sociedades de naturaleza no cooperativa.

CUADRO 29. TIPOS DE EXCEDENTES

EXCEDENTES	
EXCEDENTE ORDINARIO CON LOS SOCIOS	(EOS)
EXCEDENTE ORDINARIO CON TERCEROS	(EOT)
EXCEDENTE EXTRAORDINARIO	(EE)

4.3.2.2. *La formación del excedente.*

El excedente, sea del tipo que sea, está formado por la diferencia entre los correspondientes ingresos y gastos, periodificados según los principios y normas contables para la determinación del resultado del ejercicio.

La actual Ley General de Cooperativas (102), determina la contabilización por separado de los tres tipos de excedentes, y establece las normas por las que debe guiarse la formación de los mismos.

En este sentido al determinar el Excedente Ordinario de Operaciones con los Socios, la citada normativa considera como gastos deducibles los siguientes:

- A) El importe de los anticipos laborales de los socios trabajadores y de trabajo, valorados según las retribuciones normalmente satisfechas en empresas de similar actividad en la zona donde se realiza la misma.
- B) Los gastos necesarios para el funcionamiento de la cooperativa. Los gastos con una duración superior al ejercicio económico se imputarán en la parte que proporcionalmente les corresponda.
- C) Los intereses devengados por socios y asociados por sus participaciones en el capital social, los devengados por financiación voluntaria de los socios, los que correspondan al fondo en el que se incorporan los retornos cooperativos, y los que se devenguen por los obligacionistas y demás acreedores.

---

(102) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 83.

D) Las cantidades destinadas a la amortización efectiva del inmovilizado. En este sentido se interpreta que los gastos indirectos comunes a los tres tipos de excedentes, (caso de estas amortizaciones), se contabilizan sólo para la determinación del Excedente Ordinario de las Operaciones con los Socios.

Por otra parte, el mismo artículo citado, establece unas cantidades que serán imputadas directamente al capital social, sin ser integradas antes en ninguno de los excedentes. Estas cantidades son:

- El importe de los créditos a largo plazo que se realicen mediante la reducción de los excedentes disponibles.
- El abono al socio de un precio inferior al medio de mercado por los bienes que entrega para la actividad cooperativa.
- El abono de anticipos laborales por cuantía inferior a las retribuciones normales de la zona.

#### ***4.3.2.3. Distribución e imputación de excedentes.***

Un vez calculados los distintos excedentes de las sociedades cooperativas del sector de la salud, se inicia el proceso de su distribución o imputación. La primera se produce cuando se han logrado resultados positivos, mientras que la imputación se aplica a excedentes negativos.

##### **4.3.2.3.1. Distribución de excedentes positivos.**

Si los diferentes excedentes de las sociedades cooperativas presentan un saldo positivo su distribución es la siguiente:

A) Los excedentes extraordinario y ordinario de operaciones con terceros se destinarán íntegramente al Fondo de Reserva Obligatorio (FRO). El carácter irrepartible de este fondo, confiere un efecto desincentivador a operaciones con terceros que podrían resultar interesantes para la sociedad. Una vez más se pone de manifiesto el objetivo de la Ley General de Cooperativas, consistente en potenciar el aspecto autofinanciador (cuadro 30).

CUADRO 30. DESTINO DEL EXCEDENTE EXTRAORDINARIO Y ORDINARIO CON TERCEROS.

EXCEDENTES POSITIVOS	DESTINO FRO
EXCEDENTE ORDINARIO CON TERCEROS (EOT) >0	100% (EOT)
EXCEDENTE EXTRAORDINARIO (EE) >0	100% (EE)

B) El excedente ordinario de operaciones con los socios se distribuye según el acuerdo de la Asamblea General, atendiendo a las normas fijadas en los estatutos (cuadro 31).

El primer paso consiste en determinar el excedente neto, restando al excedente ordinario por operaciones con socios los impuestos, para luego descontar las dotaciones a los fondos obligatorios y así obtener los excedentes disponibles.

CUADRO 31. DISTRIBUCION DEL EXCEDENTE ORDINARIO CON LOS SOCIOS.

EXCEDENTE	ORDINARIO	CON	LOS	SOCIOS	(EOS) >0
IMPUESTOS	EXCEDENTE NETO DESPUES DE IMPUESTOS (EOSDI)				
	DOTAC. FONDOS OBLIGT. (30% EOSDI)		EXCEDENTES DISPONIBLES (70% EOSDI)		

La aplicación del excedente neto es la siguiente:

B.1) Aplicación del excedente neto después de impuestos.

Consiste en destinar el 30% del excedente positivo neto a los diferentes fondos obligatorios según el caso (cuadro 32):

- Si el FRO es menor que la mitad del capital social, el total del 30% del excedente neto (EOSDI) se destina al FRO.
- Si el FRO es mayor que la mitad del capital social, pero menor que el doble del mismo capital, al menos, un 5% (sobre el 30% del EOSDI) se destina al Fondo de Educación y Promoción (FEP), y el resto al FRO.
- Si el FRO es superior al doble del capital social, se destina al menos un 10% (sobre el 30% del EOSDI) al FEP, y el resto al FRO.

CUADRO 32. DOTACION A LOS FONDOS OBLIGATORIAS DEL 30% DEL EOSDI SEGUN EL VALOR DEL FRO.

	CASOS	FRO	FEP
30% EOSDI	$FRO < 1\frac{1}{2} CS$	100%	
	$1\frac{1}{2}CS \leq FRO \leq 2CS$	MAX: 95%	MIN: 5%
	$2 CS < FRO$	MAX: 90%	MIN: 10%

Esta dotación a fondos irrepartibles se realiza por todos los socios de forma independiente a la actividad desarrollada, aunque con excedentes que, si no fueran imputados a los fondos, les serían distribuidos en función de su contribución al proceso productivo. Con ello los socios que más aportan al proceso productivo, contribuyen más a la consolidación financiera de la sociedad cooperativa. La consecuencia es que la irrepartibilidad penaliza a estos socios que contribuyen más a la formación de excedentes en el proceso productivo, aunque a largo plazo pueden beneficiarse por el aumento de la solvencia de la cooperativa.

#### B.2) Aplicación de los excedentes netos disponibles.

El 70% restante del excedente neto constituye el excedente disponible (excedente neto menos las cantidades destinadas a dotar los fondos obligatorios), cuya aplicación puede destinarse a los siguientes fines (cuadro 33):

- Al retorno cooperativo, que se acreditará a los socios en proporción a las actividades, operaciones o servicios cooperativizados realizados por cada uno en la cooperativa.

Un análisis detallado del mismo se realiza más abajo.

- A dotar nuevamente el Fondo de Reserva obligatorio.
- A dotar en mayor cuantía el Fondo de Educación y Promoción.
- A dotar el Fondo de Reserva Voluntario (FRV).

CUADRO 33. DISTRIBUCION DE LOS EXCEDENTES NETOS DISPONIBLES (70% EOSDI).

70% EOSDI	RETORNO COOPERATIVO	COOP. TRABAJO ASOCIADO	RESTO DE COOP.
	PARTICIPACION DEL PERSONAL ASALARIADO	25% RET. COOP SOC. TRABJD. CON IGUAL ACTIVIDAD	PORCENTJ FIJADO POR LA ASAMB GL
	F RESERVA OBLIGATORIO		
	F EDUCACION PROMOCION		
	F RESERVA VOLUNTARIO		

- A la participación del personal asalariado en los excedentes disponibles. La cantidad correspondiente a cada asalariado, por este concepto, no puede ser menor que lo que establezca la normativa laboral aplicable. Con esta premisa se pueden diferenciar dos situaciones:

- \* En las cooperativas de trabajo asociado, y concretamente en su modalidad sanitaria, la participación de los trabajadores asalariados en los excedentes disponibles es igual al 25% del retorno cooperativo acreditado al socio trabajador que preste igual o similar actividad en la cooperativa.
- \* En el caso de que no existan socios trabajadores, como ocurre con todas las sociedades cooperativas del sector de la salud excepto las sanitarias de trabajo asociado, la Asamblea General, previo informe del Consejo Rector y después de oír a la representación de los trabajadores asalariados, fijará la cuantía y la forma de distribución.

La participación estudiada tiene carácter salarial y es compensable con el complemento salarial recogido en la legislación laboral. Si dicho complemento es mayor que la participación en excedentes, se aplica el primero.

De una forma resumida el cuadro 34 recoge el proceso de distribución de excedentes positivos.

CUADRO 34. RESUMEN DE DISTRIBUCION DE EXCEDENTES POSITIVOS

			CASOS	FRO	FEP	FRV	PARTIC PERSON ASALRD	RETRN COOP. SOC.
EOT>0				100%				
EE>0				100%				
EOS>0	E O S D Y	7 0 %	% DETERMINADO POR LA ASAMBLEA GENERAL (**)	*%	*%	*%	*% (1)	*%
		3	FRO<1/2CS	100%				
		0	1/2CS≤FRO≤2CS	MAX 95%	MIN 5%			
		%	2CS<FRO	MAX 90%	MIN 10%			
			IMPUESTOS					

- (\*\*) Tanto por ciento determinado por la Asamblea General.
- (1) En el caso de las cooperativas de trabajo asociado este tanto por ciento es del 25% del retorno cooperativo del socio trabajador con la misma actividad.

#### *4.3.2.3.1.1. La retribución a la actividad cooperativizada y el retorno cooperativo.*

La actividad cooperativizada de los socios que forman las sociedades cooperativas del sector de la salud es retribuida de dos formas:

- Mediante la retribución anticipada vía precios o anticipos.
- Mediante los retornos cooperativos.

A) Mediante la retribución anticipada vía precios o anticipos.

Durante el ejercicio económico, la sociedad cooperativa anticipa la retribución a sus socios, según la naturaleza, por su participación en el proceso productivo cooperativizado a través de dos vías:

- Mediante precios reducidos en las prestaciones realizadas a los socios usuarios de las cooperativas de instalaciones sanitarias, de las farmacéuticas y de las de seguros a prima fija o variable.
- Mediante los anticipos laborales abonados por la cooperativa a los socios de trabajo de las anteriores cooperativas, y para los socios trabajadores de las cooperativas sanitarias de trabajo asociado.

B) Mediante los retornos cooperativos.

El retorno cooperativo supone una compensación al socio de la cooperativa por los siguientes motivos:

- A los socios usuarios mencionados más arriba, se les compensa por haber adquirido servicios de la sociedad cooperativa a precios superiores a los que corresponde para que el excedente de la misma, una vez dotados los fondos de la cooperativa y pagado los impuestos, sea cero.
- A los socios trabajadores y de trabajo mencionados se les compensa por haber recibido una cantidad por su trabajo cooperativizado inferior al que les corresponde para que, según las condiciones citadas más arriba, el excedente sea cero.

El exceso en el pago realizado en el primer caso, al haber adquirido los bienes y servicios a un precio provisional, una vez ajustado al precio real que se obtiene al final del ejercicio, es devuelto



al socio en forma de retorno cooperativo. Lo mismo sucede con las retribuciones provisionales realizadas a los socios de trabajo y trabajadores, aunque en este caso con el retorno cooperativo es pagado a los socios lo que deberían haber cobrado (103).

Los Estatutos, o en su defecto la Asamblea General, deben decidir la modalidad a adoptar, para hacer efectivo el retorno cooperativo, entre las diferentes fórmulas que prevé la Ley General de Cooperativas (104). Estas modalidades son (105):

- \* Hacerlo efectivo a los socios tras la aprobación de las cuentas del ejercicio.
- \* Incrementar las aportaciones obligatorias o voluntarias de los socios.
- \* Destinarlo a un fondo especial, regulado por la Asamblea General, no distribuible en cinco años, tal y como se verá más abajo.

Cada tipo de sociedad cooperativa del sector de la salud utiliza su propia fórmula para hacer efectivo el reparto. Sin embargo, de una forma genérica puede afirmarse que mientras para los socios de trabajo y trabajadores puede utilizarse cualquiera de los métodos señalados, el retorno para los usuarios socios de las cooperativas de instalaciones sanitarias consiste en mejores precios en las futuras prestaciones. Algo similar ocurre con las oficinas de farmacia socios de las cooperativas farmacéuticas, en las que el retorno cooperativo se pone de manifiesto en un menor coste de los medicamentos suministrados a las mismas. Los criterios utilizados para su reparto son analizados posteriormente al tratar su implicación en la rentabilidad económica.

En este aspecto hay que reseñar que las cooperativas sanitarias de seguros, independientemente de su clase, no pueden distribuir retornos durante los tres primeros ejercicios completos de actividad. Los excedentes obtenidos durante este periodo deben integrarse obligatoriamente en el capital social de las cooperativas.

Este precepto afecta con idénticas proporciones a los dividendos del resto de entidades aseguradoras. Al ser su destino la formación de reservas legales, se dota a las citadas entidades de mayor solvencia, incrementando en los primeros años de actividad sus recursos propios no comprometidos. Así se vela por los intereses de los asegurados, cuya salvaguarda se encuentra condicionada por la situación de la institución que asegura sus riesgos.

---

(103) Sobre la naturaleza del retorno puede consultarse: J.L. DEL ARCO ALVAREZ: "Régimen Económico de las Cooperativas españolas", *Revista de Estudios Cooperativos*, N. 20, 1970, p. 36.

(104) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 84.

(105) En relación al retorno como un derecho del socio o como una posibilidad de reparto de excedentes véase: M.L. LLOBREGAT HURTADO: "El retorno cooperativo, reflexiones preliminares", *Vida cooperativa*, 1985, pp. 25-28.

4.3.2.3.2. Imputación de excedentes negativos o pérdidas.

La imputación de excedentes negativos consta de dos fases:

A) Imputación de los excedentes negativos, extraordinarios y ordinarios por operaciones con terceros (cuadro 35).

Se realiza siempre con anterioridad al de los excedentes ordinarios por operaciones con socios.

El procedimiento es el siguiente:

- Si el Fondo de Reserva Obligatorio es suficiente; se imputan íntegramente a el mismo.
- Si el Fondo de Reserva Obligatorio no es suficiente; la diferencia se lleva a una cuenta especial ("Cuenta Especial para Amortización de Pérdidas" CEAP) para su futura amortización con cargo al citado fondo. Hasta que el saldo de esta cuenta no se encuentre totalmente amortizado, la regularización de balances y el remanente de la cuenta de "Actualización de aportaciones", a las que más tarde se hace referencia, pasarán íntegramente al Fondo Reserva Obligatorio.

CUADRO 35. IMPUTACION DE LOS EXCEDENTES NEGATIVOS, EXTRAORDINARIOS (EE<0) Y ORDINARIOS POR OPERACIONES CON TERCEROS (EOT<0).

	CASOS	IMPUTACION	
		FRO	CEAP
EE<0	FRO ≥ (EE+EOT)	100% (EE+EOT)	
EOT<0	FRO < (EE+EOT)	TODO LO POSIBLE	EL RESTO

B) Imputación de los excedentes negativos por operaciones con los socios (cuadro 36).

Una vez compensadas las pérdidas incluidas en el apartado anterior, los excedentes negativos ordinarios por operaciones con los socios serán imputados:

- Con cargo al Fondo de Reserva obligatorio el porcentaje fijado por los estatutos, con el límite máximo del 50% del excedente a compensar.
- Con cargo al Fondo de Reserva Voluntario, si existe, en el porcentaje fijado por la Asamblea General.
- La diferencia restante se imputará a los socios según la actividad realizada en el proceso productivo de la cooperativa, que coincide con la proporción establecida para la acreditación del retorno cooperativo. Si la actividad realizada por un socio es inferior a la mínima obligatoria, se considera a esa mínima obligatoria como su actividad. El resultado es que los socios cuya actividad es menor son menos penalizados que el resto.

Existen cinco formas de satisfacer al socio el retorno negativo cooperativo, cuya variedad tiene como fin ofrecer la posibilidad de no sufrir inmediatamente los resultados negativos. Entre estas fórmulas sólo las tres primeras dependen de la decisión personal del socio, mientras que las dos restantes están en función del criterio de decisión adoptado por la Asamblea General para cada socio. Estas son:

- \* En metálico en el mismo ejercicio en el que se apruebe el Balance.
- \* Mediante deducciones al fondo especial, regulado por la Asamblea General (FERAG) como alternativa para acumular los retornos cooperativos, al que se hace referencia más abajo.
- \* Deduciendo las pérdidas de las aportaciones voluntarias al capital social.
- \* Mediante deducciones en las aportaciones obligatorias al capital social.
- \* Compensando con los potenciales retornos positivos que puedan corresponder al socio en los cinco ejercicios siguientes a la aprobación del balance con pérdidas. Si transcurrido ese plazo los retornos positivos no son suficientes para compensar la pérdida, el socio debe responder en efectivo por la diferencia.

CUADRO 36. IMPUTACION DE EXCEDENTES NEGATIVOS ORDINARIOS CON LOS SOCIOS (EOS<0).

IMPUTACION			
	FRO	FRV	SOCIOS
EOS<0	*% (A) MAX 50% (EOS)	*% (B)	EOS - (% (A) +% (B) )

DECISION	IMPUTACION
PERSONAL	METALICO FONDO ESPECIAL DE LA ASAMBLEA GENERAL APORTACIONES AL CAPITAL SOCIAL
ASAMBLEA GENERAL	APORTACIONES OBLIGATORIAS RETORNOS POSITIVOS FUTUROS

(\*) Tanto por ciento determinado por la Asamblea General.

4.3.3. La estructura financiera.

La estructura financiera tiene una importancia vital en cualquier tipo de sociedad, ya que de ella depende, en gran medida, la obtención de créditos y de una posición de credibilidad que determina las condiciones de pago y de aprovisionamiento. En el caso de las sociedades cooperativas del sector salud, hay que tener en cuenta la normativa general recogida en el capítulo VII del título I de la Ley General de Cooperativas de 1987, así como las disposiciones específicas para las cooperativas de asistencia sanitaria y farmacéuticas.

En su análisis se estudia; en primer lugar el capital social, luego se hace referencia a los recursos que no integran el mismo, y por último a los fondos cooperativos.

4.3.3.1. El capital social.

El capital social en las sociedades cooperativas de la salud tiene un carácter de explotación para todas ellas. Además, en las cooperativas sanitarias a prima fija y a prima variable se complementa con el de garantía por su condición de entidades aseguradoras de la salud (106).

(106) F. DEL CAÑO ESCUDERO y J.R. DEL CAÑO PALOP: *Comentarios a la Ley y Reglamento del Consorcio de compensación de seguros*, Madrid, 1983, (3ª ed.).

Por lo que respecta a su naturaleza cooperativa, hay que mencionar que su capital social es variable, en respuesta al principio de puerta abierta. Está constituido por las aportaciones voluntarias y obligatorias de los socios y asociados, y se ve reducido por la suma de los reembolsos por bajas (107). En las sociedades cooperativas el capital social no es de ésta sino de sus socios, "por lo tanto es un préstamo de éstos a aquella" (108).

Dentro del concepto de capital social se puede distinguir la constitución del mismo, los tipos de aportaciones, su actualización transmisión y reembolso, y el devengo de intereses.

#### 4.3.3.1.1. La constitución del capital social.

Entre las obligaciones de los socios y asociados se encuentra la de desembolsar sus aportaciones al capital social.

Los criterios que rigen el capital social, según la Ley General de Cooperativas, son los siguientes:

- La cuantía de estas aportaciones es variable, estableciéndose, en los Estatutos sociales, un mínimo que permita constituirse y funcionar a la cooperativa. Este mínimo deberá estar totalmente desembolsado. Para calcular el capital desembolsado se restarán las deducciones realizadas sobre las aportaciones para satisfacer las pérdidas imputadas a los socios.
- Si la sociedad cooperativa anuncia al público su cifra de capital social, ésta debe ir referida a fecha concreta y, además, expresar la parte desembolsada.
- En el caso de sociedades cooperativas de primer grado, la aportación de cada socio no puede superar el 25% del capital social. Con ello se busca reducir la dependencia de la sociedad cooperativa respecto a la posibilidad de la descapitalización que en cualquier momento puede producirse por la baja de sus socios, con el consiguiente reembolso de aportaciones. Otro motivo de la mencionada limitación es tratar de reducir el poder que puede tener un socio, con una elevada implantación, en las decisiones de la sociedad cooperativa.

---

(107) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 72.

(108) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "La concentración económico-empresarial (los conglomerados) de sociedades cooperativas", en VARIOS: *Las empresas públicas sociales y cooperativas en la nueva Europa*, CIRIEC-España, Valencia, 1994, p. 434.

- Las aportaciones al capital social se acreditarán mediante títulos nominativos, sin la consideración de títulos valores, o a través de libretas de participaciones nominativas que reflejan las actualizaciones y deducciones de las aportaciones de cada socio.
- Las aportaciones pueden ser materializadas en dinero, en bienes y/o en derechos, cuando así lo establezcan los Estatutos o la Asamblea General.

La materialización normal es la realizada en dinero, exigiendo que sea en moneda nacional, mientras que para las dos restantes es necesario que estén previstas en los Estatutos o su aprobación en Asamblea General. Las reglas a seguir en el caso de aportaciones no dinerarias están fijadas por la Ley General de Cooperativas mediante remisiones al Derecho mercantil, con lo que, como afirma GUTIERREZ DEL ALAMO (109), se produce un acercamiento entre el último y el derecho cooperativo.

La valoración de las aportaciones no dinerarias se realiza por el Consejo Rector, tras el informe de uno o más expertos independientes, aunque los Estatutos tienen potestad para establecer que dicha valoración sea aprobada por la Asamblea General. Las aportaciones no dinerarias no constituyen cesión o traspaso, sino que se estima que la sociedad cooperativa es continuadora en la titularidad del bien o derecho. 110

A diferencia de lo que ocurre para el resto de sociedades cooperativas de asistencia sanitaria, las de seguros si tienen estipulada una cifra de capital mínima. Hasta la reciente Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado de 1995, estas cantidades habían sido reguladas por el Real Decreto 1930/1988 (111), con el que se hacía uso de la facultad para ser actualizado periódicamente recogida en la anterior regulación del seguro (112).

El citado Real Decreto establecía, como norma general, para las cooperativas de seguros sanitarias a prima fija un capital mínimo suscrito de 60 millones de pesetas, mientras que para las de prima variable la cuantía era de 3 millones. La nueva Ley del seguro (113) aumenta considerablemente esas cifras, estableciendo los siguientes capitales mínimos para las sociedades cooperativas que realizan el seguro de asistencia sanitaria:

---

(109) J. GUTIERREZ DEL ALAMO Y MAHOU, *Estudio Jurídico...*, "Opus cit", p. 247.

(110) ESPAÑA: LEY 15/1986 de 25 de abril, de Sociedades Anónimas Laborales, B.O.E. N.103, del 30 de abril.

(111) ESPAÑA: REAL DECRETO 1390/1988 de 18 de noviembre, por el que se modifican las cuantías mínimas de los capitales sociales y fondos mutuales previstos en el Artículo 10 de la Ley 33/1984, B.O.E. N. 281, de 23 de noviembre, artículo único.

(112) ESPAÑA: LEY 33/1984..., "Opus cit", art. 10; y ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", art. 21.

(113) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", art. 13.1.c, y 13.3.

- Para las cooperativas a prima fija, la cifra de capital mínima debe alcanzar los 350 millones de pesetas, que deben estar totalmente suscritos y, al menos, desembolsados en su 50 por ciento.
- Las cooperativas a prima variable necesitan un capital mínimo de 50 millones, totalmente suscrito y desembolsado.

En ambos casos si su actividad se limita a la práctica del seguro de asistencia sanitaria, y su ámbito de aplicación tiene menos de dos millones de habitantes, únicamente será necesaria la mitad del capital mencionado. Esta medida tiene especial importancia para las cooperativas a prima variable ya que dada su limitación a operar en un sólo ramo del seguro, y en ámbitos inferiores a dos millones de habitantes o en una provincia, sólo necesitan cumplir esta última condición para poder beneficiarse de la reducción en su capital mínimo obligatorio. Con ello se facilita la creación de cooperativas sanitarias a prima variable, ya que aún en el caso de que ambas se beneficien de la mencionada reducción la diferencia sigue siendo de 150 millones.

En el cuadro 37 se recoge un resumen sobre el capital social mínimo que se exige a las sociedades cooperativas del sector de la salud. Llama la atención que la existencia de unas cantidades mínimas sólo afecta a las cooperativas sanitarias de seguros mientras que las restantes no tienen ninguna limitación en este campo. Por otro lado, únicamente se permite a las de seguros a prima fija no tener totalmente desembolsado su capital mínimo inicial.

CUADRO 37. EL CAPITAL MÍNIMO INICIAL EN LAS COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD.

COOPERATIVAS SECTOR SALUD		CASOS		
		CAPITAL INICIAL MÍNIMO	SOLO ASISTENCIA SANITARIA Y ÁMBITO < 2 MILL	PORCENTAJE MIN INICIAL DESEMBOLSADO
S E G	PRIMA VARIABLE	50 M	25 M	100 %
	PRIMA FIJA	350 M	175 M	50 %
	TRABAJO ASOCIADO	ESTAT	-	100 %
	INST. SANITARIA	ESTAT	-	100 %
	FARMACEUTICAS	ESTAT	-	100 %

M: Millones de pesetas.

ESTAT: Cantidades fijadas estatutariamente.

#### 4.3.3.1.2. Naturaleza de las aportaciones al capital social.

Los acreedores personales de los socios no tienen ningún derecho sobre las aportaciones al capital ni sobre los bienes de la cooperativa. Así lo determina la Ley General de Cooperativas que añade la inembargabilidad de las aportaciones de los socios, sin menoscabar los derechos de los acreedores sobre los retornos y reembolsos satisfechos a los socios. Con ello se deja clara la diferencia entre la personalidad y patrimonio del socio y de la cooperativa, lo que lleva a la pérdida de la inembargabilidad de sus aportaciones al capital social en el momento en el que éstas se hacen líquidas en el patrimonio del socio.

Las aportaciones al capital social deben efectuarse por los socios y por los asociados, en caso de que existan, pudiendo ser voluntarias u obligatorias.

##### 4.3.3.1.2.1. Aportaciones obligatorias.

Aunque la Ley General de Cooperativas dedica un artículo específico para las aportaciones obligatorias, en la citada Ley se recogen otras menciones relativas a estos desembolsos. Estas menciones permiten diferenciar entre las aportaciones de los promotores, (iniciales y posteriores), las de los nuevos socios y las de los asociados.

#### A) Las aportaciones iniciales de los promotores (114).

Como norma general las aportaciones iniciales deben ser iguales para todos los socios, aunque los Estatutos pueden determinar que el importe sea proporcional al compromiso o uso potencial que cada socio asuma de los servicios cooperativizados.

Los Estatutos también deben indicar la aportación obligatoria mínima al capital social, y la parte de ésta que ha de ser desembolsada para alcanzar la condición de socio. El desembolso mínimo para alcanzar la condición de socio, debe ser al menos del 25% de la aportación obligatoria fijada como mínima. El resto de la aportación se realizará según los plazos y forma previstos en los Estatutos, o los que decida la Asamblea General.

La Asamblea también está capacitada, siempre y cuando exista mayoría cualificada de dos tercios de los votos presentes y representados, para acordar nuevas aportaciones

---

(114) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 73.



obligatorias así como su cuantía, plazos y condiciones de reembolso. En caso de una nueva aportación obligatoria los socios pueden aplicar sus aportaciones voluntarias, en todo o en parte, para cubrir a aquellas.

El incumplimiento de la aportación obligatoria por parte de un socio produce incursión en mora, y trae la obligación de abonar a la sociedad cooperativa el interés legal y resarcirla de los posibles daños y perjuicios (115). El socio moroso es susceptible de ser suspendido de todos sus derechos políticos y económicos hasta que formalice su situación. Si después de sesenta días la morosidad se mantiene, el socio moroso puede ser dado de baja obligatoriamente si la aportación era inicial, o expulsado de la sociedad en otro caso. En todos los supuestos citados no existe perjuicio de una actuación judicial ante el socio moroso. Con ello se pretende defender a la cooperativa, y por lo tanto al resto de socios de la posible insolvencia en el pago de aportaciones obligatorias que llevaría a una situación de discriminación y a una posible descapitalización.

#### B) Aportaciones de los nuevos socios (116).

Tanto la cuantía como las condiciones y plazos de desembolso de las aportaciones para los nuevos socios deben ser fijadas por la Asamblea General. Sin embargo, los límites entre los que esta cantidad debe fijarse son:

- Como límite inferior; El de las aportaciones mínimas para ser socios inicialmente.
- Como límite superior; El de las aportaciones de los socios actuales aumentadas en la cantidad resultante de aplicar el Índice General de Precios al Consumo (IGPC).

Al determinar la citada banda de fluctuación se busca proteger a los socios anteriores, pero procurando no crear un mecanismo desincentivador de la incorporación de nuevos socios mediante la exigencia de aportaciones excesivas.

Una vez adquirida la condición de socios están sujetos a las futuras aportaciones obligatorias decididas por la Asamblea General, en los mismos términos citados para los promotores.

---

(115) Los artículos relativos a la mora están incluidos en el Código Civil: ESPAÑA: REAL ORDEN de 29 de julio de 1889..., "Opus cit", arts. 1.101 y sig.

(116) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 74.

C) Aportaciones de los asociados (117).

La cuantía desembolsada para adquirir la condición de asociado, será fijada estatutariamente o en su defecto por la Asamblea General y deberá estar acreditada por títulos nominativos especiales con reflejo contable independiente a las aportaciones de los socios. Los asociados no están obligados a realizar nuevas aportaciones al capital social.

4.3.3.1.2.2. *Aportaciones voluntarias.*

En este caso es necesario diferenciar entre aportaciones voluntarias de los socios y de los asociados.

A) Aportaciones de los socios.

El órgano encargado de fijarlas es, en principio, la Asamblea General, a no ser que los Estatutos hayan atribuido tal competencia al Consejo Rector. Independientemente del órgano competente, deben ser determinadas las condiciones, la cuantía global máxima y el plazo de suscripción que no puede superar a seis meses desde la fecha del acuerdo. Estas aportaciones deben desembolsarse completamente en el momento de la suscripción.

B) Aportaciones de los asociados.

La Asamblea General puede autorizar a los asociados a que efectúen aportaciones voluntarias, que nunca podrán, sumadas a las aportaciones obligatorias de los asociados, superar el 33% de las aportaciones de la totalidad de los socios.

---

(117) "Ibíd.", art. 40.1-2-3.

CUADRO 38. APORTACIONES AL CAPITAL SOCIAL.

APORTACIONES	SUJETOS		CANTIDAD	DESEMB. MINIMO	NUEVAS APORTAC (AG)
OBLIGATORIAS	A O S	PROMOTORES	(AG)	MIN 25%	SI
		NUEVOS SOCIOS	(AG) LIMITES	(AG)	SI
	A O A	ASOCIADOS	(AG) - (E)	(AG) - - (E)	NO
VOLUNTARIAS	A V S	SOCIOS	(AG) - (CR)	100%	SI
	A V A	ASOCIADOS	(AG) $AVA+AOA \leq 33\% (AVS+AOS)$	100%	SI

(AG) Cantidad fijada por la Asamblea General.

(E) Cantidad fijada por los Estatutos.

(CR) Cantidad fijada por el Consejo Rector.

Comparando las aportaciones obligatorias al capital social (cuadro 38), hay que señalar que en cualquier caso la cantidad debe ser determinada por la Asamblea General, aunque para los nuevos socios se establecen unos límites entre los que debe ser estipulada.

En cuanto a la cantidad mínima a desembolsar se deja de nuevo libertad al mismo órgano pero se determina como mínimo el 25% para las aportaciones iniciales de los promotores. Por lo tanto existe un paralelismo entre unas y otras aportaciones obligatorias, que sólo queda distorsionada por la posibilidad de que los Estatutos, compartan con la Asamblea General, la opción de fijar la cantidad y las condiciones de desembolso para las aportaciones de los asociados, y por el hecho de que no es posible forzar a los asociados a realizar nuevas aportaciones obligatorias.

La cuantía de las aportaciones voluntarias, sigue en manos de la Asamblea General, aunque en el caso de los socios también puede establecerse por el Consejo Rector, y que, como se ha reflejado anteriormente, queda limitada para los asociados por la cantidad de las aportaciones totales al capital social de los socios. Con ello se busca evitar grupos de poder en manos de no socios que puedan llevar a las sociedades cooperativas lejos de los principios que les dan su origen.

Para finalizar hay que reseñar que la cantidad desembolsada, para todas las aportaciones voluntarias, debe ser del 100%, con lo que se rompe la flexibilidad que existe en las aportaciones obligatorias para su determinación, confiriendo a las sociedades cooperativas una importante vía de liquidez.

#### 4.3.3.1.3. Actualización de aportaciones y regularización de balances.

Las regularizaciones de balances tienen como objeto corregir los efectos de la inflación sobre los valores contables. Con ella los recursos propios se ven incrementados por la diferencia entre el valor de los activos, antes y después de la citada actualización, aunque tenga como aspecto negativo el componente fiscal.

La posibilidad de actualizar el valor de las aportaciones al capital social de las cooperativas tiene su origen en la regularización de balances, por lo que conviene hacer un estudio conjunto de ambos conceptos. También debe tenerse en cuenta que la actualización, aunque puede realizarse en los mismos términos que el resto de las sociedades de derecho común, presenta las variaciones en cuanto a su destino que posteriormente se mencionan.

##### A) Regularización de balances (RB).

Entre los destinos finales que generalmente se dan a las cuentas de regularización, se encuentran su capitalización o la compensación de pérdidas entre otros. En el caso de las sociedades cooperativas el destino de la regularización depende de las circunstancias en que se encuentre la empresa (cuadro 39):

- Como norma general, es decir si no existen pérdidas que compensar y por lo tanto el valor de la "Cuenta Especial para la Amortización de Pérdidas" (CEAP) es cero, se destina un 50% de la regularización de balances al Fondo de Reserva obligatorio y el otro cincuenta a la cuenta de pasivo "Actualización de aportaciones" (AA). A cargo de esta cuenta se efectúa la actualización del capital social.
- En caso de que el FRO sea insuficiente para compensar las pérdidas producidas por operaciones ordinarias con terceros y por excedentes extraordinarios, esta diferencia queda recogida en "Cuenta Especial para Amortización de Pérdidas" (CEAP). Cuando esto sucede el saldo resultante de la regularización de balances y del remanente de la cuenta de "Actualización de aportaciones" se abonarán al Fondo de Reserva obligatorio hasta que la mencionada cuenta de pérdidas quede totalmente compensada.

CUADRO 39. DESTINO DE LA REGULARIZACION DE BALANCES.

		DESTINO	
		FRO	AA
RB	CASOS		
	CEAP=0	50%	50%
	CEAP>0	100% (1)	

(1) Esta dotación se produce hasta que  $FRO=CEAP$ .

B) Actualización de aportaciones (AA).

Por lo que respecta a la actualización de aportaciones es posible acumularlas como máximo respecto a los cinco ejercicios anteriores, no actualizados, a aquel en que se aprueben las cuentas por la Asamblea General. Su constitución se realiza con el 50% de la cuenta de regularización de balances, en caso de que no exista saldo en la "Cuenta Especial para Amortización de Pérdidas". Este mecanismo de actualización de aportaciones tiene como objeto compensar la, comparativamente pequeña, remuneración a que obliga el principio cooperativo del interés limitado al capital. Sin embargo, la mencionada compensación podría ser mayor si destinara a la misma un porcentaje más alto del balance de regularización (cuadro 40).

El destino de la actualización será:

- En el supuesto de que no existe saldo en la cuenta de pérdidas citada (CEAP), y por lo tanto el Fondo de Reserva obligatorio es positivo o nulo, el destino de la actualización es el incremento del capital social (CS) mediante el aumento de las aportaciones obligatorias de los socios y asociados. En relación con este último aspecto la normativa establece que la actualización de las aportaciones no puede superar el Índice General de Precios al Consumo del ejercicio económico de que se trate. De esta forma se elige el componente generalmente más alto del índice Oficial General de Precios, con lo que "se fuerza a los socios y asociados a desembolsar sus aportaciones obligatorias" (118).
- En el caso de que la "Cuenta Especial para Amortización de Pérdidas" presente un saldo positivo, la actualización de aportaciones se destina a dotar el Fondo de Reserva

(118) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "Estudio del Régimen...", "Opus cit", p. 201.

obligatorio, hasta que éste alcance la cuantía suficiente para compensar a la primera, como se indicó más arriba al analizar la compensación de excedentes negativos.

CUADRO 40. DESTINO DE LA ACTUALIZACION DE APORTACIONES (AA).

		DESTINO	
CASOS		FRO	CS
AA	CEAP=0		100%
	CEAP>0	100% (1)	

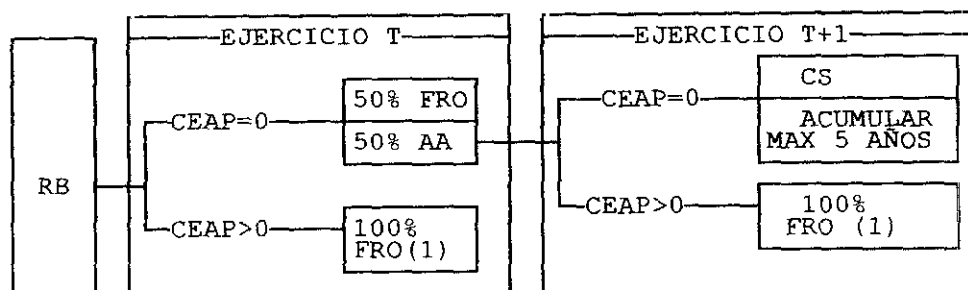
(1) Esta dotación se produce hasta que  $FRO=CEAP$ .

En el momento del acuerdo de actualización por la Asamblea General tanto los socios como asociados que posean esa condición, tienen derecho a la misma en idénticas condiciones, pero no aquellos que hayan causado baja. Esta situación perjudica a los socios o asociados dados de baja durante el periodo de cinco años anterior a la aprobación, ya que estarían perdiendo una parte del incremento de sus aportaciones obligatorias, creándose así un mecanismo desincentivador de las salidas de la sociedad para evitar la descapitalización.

Si en el momento en el que se produce la liquidación de la cooperativa, la cuenta de Actualización de Aportaciones presenta un saldo positivo, éste irá destinado a incrementar el Fondo de Reserva obligatorio. En el último caso lo que para los socios y asociados podría convertirse en un recurso financiero exigible, si hubiera pasado a formar parte sus aportaciones obligatorias, se transforma en un recurso no exigible dada la irrepartibilidad del Fondo de Reserva obligatorio.

La relación entre la regularización de balances y la actualización de aportaciones se pone de manifiesto analizando el mecanismo establecido entre las mismas en periodos sucesivos (cuadro 41), dependiendo del valor de la CEAP. En el caso de que la citada cuenta presente un saldo nulo la AA nace del 50% del saldo de la RB, mientras que el destino del otro 50% de es el FRO. Si se mantiene el valor nulo de la CEAP es posible acumular, un máximo de cinco ejercicios, el saldo la AA o destinar el mismo a la capitalización. Sin embargo, en el momento en el que la CEAP ofrezca un valor positivo el importe acumulado en la AA y el saldo de ese ejercicio de la RB son transferidos al FRO hasta que éste sea suficiente para compensar la CEAP.

CUADRO 41. RELACION ENTRE REGULARIZACION DE BALANCES (RB) Y ACTUALIZACION DE APORTACIONES EN DOS EJERCICIOS SUCESIVOS.



(1) Esta dotación se produce hasta que  $FRO = CEAP$ .

#### 4.3.3.1.4. Transmisión de aportaciones.

El proceso de transmisión de aportaciones se encuentra estrechamente ligado a la adquisición de la condición de socio o asociado, al que se ha hecho una amplia referencia más arriba. Sin embargo, en este apartado se analizan fundamentalmente sus implicaciones económico financieras diferenciando entre las aportaciones efectuadas por los socios y las realizadas por los asociados (119).

##### A) Aportaciones de los socios.

Se pueden transmitir:

- Por actos "inter vivos", entre los propios socios según las condiciones fijadas en los Estatutos. En caso de baja obligatoria y justificada (120) como socio de la cooperativa, éste puede transmitir sus aportaciones a su cónyuge, ascendiente y descendiente si son socios o adquieren esa condición en el plazo de tres meses desde la fecha en que causo baja aquel.
- Por sucesión "mortis causa" si los derechohabientes son socios o adquieren dicha condición en el plazo de seis meses.

La adquisición de la condición de socio, mencionada en los dos casos anteriores, seguirá el procedimiento general pero las aportaciones así adquiridas se computarán entre las que el nuevo socio ha de realizar.

(119) Las normas sobre la citada transmisión se encuentran en: ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 78 (relativas a los socios) y art. 40.5 (relativas a los asociados).

(120) Se trata las causas de baja de los socios recogidas en caso de baja obligatoria justificada en: "Ibid.", art. 33.3.

## B) Aportaciones de los asociados.

Pueden transmitirse aportaciones de los asociados en los siguientes casos:

- Por actos "inter vivos" entre los propios asociados, si los Estatutos no establecen nada en contra, y a los socios si lo autoriza el Consejo Rector.
- Por sucesión "mortis causa" en caso de que los causahabientes sean asociados o socios, o adquieran cualquiera de esas condiciones en el plazo de seis meses desde la aceptación de la herencia.

Al estudiar la posibilidad de transmitir las aportaciones de los socios al capital social por actos "inter vivos", se observa que como norma general únicamente puede realizarse a otros socios, o, excepcionalmente en caso de baja obligatoria justificada, a su cónyuge, ascendientes o descendientes en el caso de que los últimos sean socios o adquieran esta condición en el plazo de tres meses. Sin embargo, para los asociados no es posible realizar la transmisión al último grupo citado, aunque si se puede efectuar a otros asociados o a socios de la cooperativa.

CUADRO 42. TRANSMISION DE APORTACIONES.

		CASOS	SOCIOS	ASOCIADOS	CONYUGE ASCEND. DESCEND.	DERECHO HABIENTES
S O C I O S	INTER VIVOS	GENERAL	(E)			
		BAJA OBLIGAT Y JUSTIF			SI SOCIOS O (ACS) 3m	
	MORTIS CAUSA	GENERAL				SI SOCIOS O (ACS) 6m
A S O C	I. VIVOS	GENERAL	(CR)	(E)		
	MORTIS CAUSA	GENERAL				SOC O ASOC O (ACSA) 6m

(E): Según las condiciones fijadas en los Estatutos.

(CR): Cuando lo autoriza el Consejo Rector.

(ACS)Xm: Adquieren la condición de socio en el plazo de X meses.

(ACA)Xm: Adquieren la condición de asociado en el plazo de X meses.

(ACSA)Xm: Adquieren la condición de socio o asociado en el plazo de X meses.

En el caso de sucesión "mortis causa" ocurre algo similar, ya que mientras los derechohabientes de los socios pueden ser los beneficiarios si son socios, o adquieran esa condición en el plazo fijado, la gama de destinatarios de los asociados incluye también a los asociados o los que adquieran esta condición en el mismo plazo.



La diferenciación que existe en el tratamiento de las transmisiones patrimoniales según la condición del transmisor (cuadro 42), busca atraer a los asociados como fuente de ingresos adicional. De todas formas la posible vía alternativa para la transmisión de aportaciones de los asociados a socios, ya sea por "actos inter vivos" o "mortis causa", no es todo lo atractiva que podría ser, ya que tendrán la consideración de aportaciones voluntarias de los socios, quedando sujetas a las condiciones de la última emisión de aportaciones voluntarias realizada antes de la citada transmisión.

#### 4.3.3.1.5. Reembolso de aportaciones a los socios y asociados.

También es necesario distinguir entre socios y asociados para tratar el reembolso de aportaciones (cuadro 43).

A) El reembolso de aportaciones a los socios se produce en caso de baja de éstos, teniendo derecho a los mismos el propio socio o los derechohabientes, en su caso. Su regulación se realiza en los Estatutos Sociales según las siguientes normas:

- Del importe de las aportaciones se deducirán las pérdidas imputadas al socio, tanto por el ejercicio económico en que se haya producido la baja como por las no compensadas o satisfechas en ejercicios anteriores.
- De la cantidad resultante una vez aplicadas las deducciones mencionadas, el Consejo Rector puede descontar hasta el máximo establecido en los Estatutos. Este máximo no puede superar el 30% en caso de baja por expulsión, ni el 20% en el supuesto de baja voluntaria no justificada (121). En caso de baja justificada no pueden producirse estas deducciones. Independientemente del tipo de baja, no es posible aplicar ninguna deducción a las aportaciones voluntarias, buscándose con ello fomentar las mismas.
- El plazo de reembolso no debe superar los cinco años contados a partir de la baja, o el año, desde el hecho causante, si el origen del reembolso es el fallecimiento del socio.
- Como norma general aplicable a todos los socios, las cantidades pendientes de reembolso no son actualizables aunque si dan derecho a percibir el tipo de interés básico del Banco de España más tres puntos.

---

(121) La baja por expulsión y la baja voluntaria no justificada se regulan respectivamente en: "Ibid.", arts. 33.1.2. y 32.

Sin embargo, para las cooperativas sanitarias de trabajo asociado, en los casos de reembolso de aportaciones por baja del socio, el tipo de interés que se percibirá anualmente por las aportaciones no reembolsadas en los cinco primeros años, de los diez fijados para la devolución, es el mayor entre el incremento del Índice de Precios al Consumo y el básico del Banco de España más tres puntos. Para satisfacer este reembolso la sociedad cooperativa debe destinar anualmente un mínimo del 10% de sus excedentes netos.

B) Tendrán derecho al reembolso de la aportación de un asociado, en caso de baja de los mismos, el propio asociado o sus derechohabientes, en su caso. Las normas que rigen el reembolso son:

- Independientemente del motivo de la baja no se podrán efectuar las deducciones mencionadas respecto a los socios.
- El plazo de reembolso no excederá de tres años desde la fecha de baja o, en su caso, del plazo mínimo de permanencia en la cooperativa.
- Las cantidades pendientes de reembolso tendrán el mismo tratamiento que se aplica a los socios.

#### CUADRO 43. REEMBOLSO DE APORTACIONES.

##### A LOS SOCIOS POR BAJA VOLUNTARIA NO JUSTIFICADA

	PERDIDAS (PI) IMPUTADAS	
AOS	AOS-PI	MAX: 20% (AOS-PI)
		REINTEGRO
AVS		FINAL

##### A LOS SOCIOS POR BAJA JUSTIFICADA

	PERDIDAS (PI) IMPUTADAS	
AOS	REINTEGRO	
	FINAL	
AVS		

##### A LOS SOCIOS POR EXPULSION

	PERDIDAS (PI) IMPUTADAS	
AOS	AOS-PI	MAX: 30% (AOS-PI)
		REINTEGRO
AVS		FINAL

##### A LOS ASOCIADOS

AOS	REINTEGRO	
	FINAL	
AVS		

AVS: Aportaciones voluntarias de los socios.

AOS: Aportaciones obligatorias de los socios.

AVA: Aportaciones voluntarias de los asociados.

AOA: Aportaciones obligatorias de los asociados.

Comparativamente (cuadro 43), hay que señalar que mientras el reembolso de las aportaciones voluntarias siempre se realiza de forma íntegra, no ocurre lo mismo con las aportaciones obligatorias. En este caso mientras que a los asociados no se les puede efectuar ningún tipo de descuento, el reembolso de los socios queda mermado por la posible imputación de pérdidas, y condicionado por la causa que produce su baja de la cooperativa. Los descuentos establecidos en función de la causa de la baja, tienen como objetivo la protección patrimonial de la empresa, aunque ello suponga la relajación del principio cooperativo de puerta abierta.

#### 4.3.3.1.6. Los intereses del capital social.

Al analizar las implicaciones económico financieras de los intereses por las aportaciones a la cooperativa, es necesario, de nuevo, diferenciar entre socios y asociados.

A) Para los socios la determinación de si sus aportaciones devengan o no intereses se fija en los Estatutos. En caso de que si correspondan intereses, el tipo a aplicar depende de la naturaleza de la aportación (122):

- Para las aportaciones obligatorias será fijado por los Estatutos o, en su defecto, por la Asamblea General. Sin embargo, el Reglamento de Ordenación del Seguro Privado establece (123) que los socios de las cooperativas sanitarias a prima fija y variable sólo pueden recibir intereses por sus aportaciones voluntarias al capital social, pero no por las obligatorias.

- Para las aportaciones voluntarias constará en el acuerdo de emisión de las mismas.

Según la Ley General de Cooperativas de 1987 el tipo máximo de interés no puede superar en más de tres puntos el tipo de interés básico del Banco de España, aunque puede ser modificado por Real Decreto, a propuesta del Ministro de Trabajo y Seguridad Social. Sin embargo, para las cooperativas sanitarias de seguros a prima fija y variable, la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro limita el mismo al interés legal del dinero (124).

---

(122) Sobre la remuneración al capital puede consultarse: C. ROMERO: "Análisis económico de los mecanismos de financiación de socios y autofinanciación de las empresas cooperativas españolas", *Anales del INIA, Serie Economía y Sociología Agraria*, N. 5, 1980, pp. 74-92.

(123) ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", art. 25.c.

(124) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", art. 9.c.

B) Para los asociados, las aportaciones realizadas devengarán el interés pactado, que no puede ser inferior al estipulado para los socios, ni superar en más de cinco puntos el tipo de interés básico del Banco de España. El procedimiento legal para modificar el tipo de interés máximo coincide con el mencionado para los socios.

La falta de pago de intereses de la cooperativa a sus asociados por sus aportaciones, da derecho a éstos a exigir dicho abono y el reintegro inmediato de las aportaciones.

CUADRO 44. INTERESES DE LOS SOCIOS Y ASOCIADOS POR SUS APORTACIONES AL CAPITAL SOCIAL.

	VOLUNTARIAS	OBLIGATORIAS	LIMITE ti
SOCIOS	AC. EMISION	(E) (AG)	$TIBBE+3p \geq ts$
ASOCIADOS	AC. EMISION	AC. EMISION	$TIBBE+5p \geq ta \geq ts$

ti: Tipo de interés.

ts: Tipo de interés de los socios.

ta: Tipo de interés de los asociados.

TIBBE: Tipo de interés básico del Banco de España.

P: Puntos sobre el tipo de interés.

Mientras que en las aportaciones voluntarias de socios y asociados el tipo de interés se fija por el acuerdo de emisión, en las aportaciones obligatorias se sigue diferente criterio entre unos y otros. Así, los asociados mantienen el criterio de las aportaciones voluntarias, mientras que los socios están sujetos a lo determinados por los Estatutos o en su caso por la Asamblea General (cuadro 44).

Además, al establecer límites para fijar el tipo de interés máximo, el de los asociados puede superar, a lo sumo, en dos puntos la cifra tope fijada para los socios, y nunca puede ser inferior al de éstos (125). Con ello se busca compensar a los asociados por la rentabilidad limitada que consiguen por sus aportaciones al capital social.

(125) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 39.7.

#### 4.3.3.2. *Recursos no integrantes del capital social.*

En las sociedades cooperativas existen una serie de conceptos económicos que no integran el capital social. Estos conceptos pueden agruparse en prestaciones a cargo de los socios, financiación voluntaria de los socios y emisión de obligaciones.

##### A) Prestaciones a cargo de los socios.

###### A.1) Cuotas de ingreso.

Pueden ser establecidas por los Estatutos o por la Asamblea General. Su importe no debe ser superior al 25% de las aportaciones obligatorias de los mismos. Estas cuotas no serán reintegrables.

###### A.2) Cuotas periódicas.

Como las anteriores pueden establecerse en los Estatutos o por la Asamblea General, su pago corresponde a todos los socios y no son reintegrables.

###### A.3) Los pagos de los socios para la obtención de los servicios cooperativizados. En este tipo de pagos los socios pueden considerarse como clientes de los productos de la cooperativa, tratándose por lo tanto de cobros anticipados sujetos a las condiciones fijadas y contratadas con la sociedad cooperativa.

###### A.4) Los bienes de cualquier clase entregados por los socios para la gestión de la cooperativa estarán sujetos a las condiciones fijadas y contratadas con la misma. Aquí también se puede interpretar que los socios actúan como proveedores de la sociedad cooperativa y que los activos entregados serán valorados a los precios medios de mercado en el momento de la entrega.

##### B) Financiación voluntaria por los socios.

La Asamblea General tiene capacidad para acordar la admisión de préstamos voluntarios de los socios bajo cualquier modalidad jurídica y en las condiciones y plazos que se establezcan en el acuerdo de formalización.

Mediante este procedimiento los socios pueden invertir sus ahorros disponibles en su propia sociedad cooperativa, con una contraprestación económica competitiva con el resto del mercado financiero. Para atraer capitales ajenos "es necesario interesar primero a sus propios socios" (126), captando sus recursos.

---

(126) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "Estudio del Régimen...", "Opus cit", p. 210.

### C) Emisión de obligaciones.

Previo acuerdo de la Asamblea General, las sociedades cooperativas pueden emitir obligaciones (127), como fórmula de financiación ajena "cuyo régimen de emisión se ajustará a lo dispuesto en la legislación vigente" (128), y será objeto de inscripción en el Registro de Cooperativas (129). Esta posibilidad está abierta tanto para socios como para el resto de inversores potenciales del mercado.

La opción de los socios de adquirir obligaciones emitidas por su propia cooperativa, lleva a una situación de financiación voluntaria de éstos, pero sin necesidad de obtener la autorización de la Asamblea General. Este procedimiento de financiación no está sujeto a las limitaciones establecidas en el caso de los recursos que integran el capital social, por lo que no existe un tope máximo de participación en la emisión de las mismas.

#### 4.3.3.3. Los fondos cooperativos.

Cuatro son los fondos que aparecen recogidos en la Ley General de Cooperativas, dos de ellos con carácter necesario (el Obligatorio (FRO) y el de Educación y Promoción (FEP)), y los otros dos potestativos (el de Reserva Voluntario (FRV) y un fondo sin nombre específico para acumular el retorno de los socios (FERAG)) (cuadro 45).

CUADRO 45. LOS FONDOS COOPERATIVOS

	OBLIGT	FUNCION	CARACTERIST
FRO	SI	SOLVENCIA FINANCIERA	IRREPARTIBLE
FEP	SI	FORMAC Y PROMOC DE SOC Y TRABJ	INEMBARGABLE
FRV	NO	COMPLEMENTO AL FRO	IRREPARTIBLE
FERAG	NO	ACUMULAR RETORNO A SOCIOS	REPARTIBLE

(127) Para analizar la emisión de obligaciones véase: F. SANCHEZ CALERO: "El mercado de títulos hipotecarios: líneas esenciales en su regulación de activos hipotecarios", *Revista de Derecho Bancario y Bursátil*, N. 7, 1982, p. 785.

(131) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 81.4.

(129) C. HERNANDEZ CRESPO: "La afección registral como cobertura jurídica de la movilización de activos hipotecarios", *Revista Crítica de Derecho Inmobiliario*, N. 554, 1981, p. 785. Permite analizar las consecuencias del registro de la emisión de obligaciones.

#### 4.3.3.3.1. Fondo de Reserva obligatorio (FRO).

Es una de las partidas más importantes de la estructura financiera de la sociedad cooperativa. Su función es la de consolidar la solvencia financiera de la sociedad, lo que queda patente con su irrepartibilidad entre los socios, aún en caso de disolución. Cuanto mayor es el FRO, en relación a las deudas de la empresa, ésta es más sólida lo que va en beneficio de los socios que lo han constituido. La forma que tienen para recuperar su inversión financiera es seguir siendo socios de una sociedad cooperativa cada vez más consolidada en el mercado desde un punto de vista financiero.

La determinación del montante del FRO se realiza en dos etapas diferenciadas (cuadro 46):

##### A) Primera etapa.

Se imputarán a este fondo las pérdidas o beneficios con origen en actividades cooperativizadas con terceros no socios, o que deriven de la enajenación de elementos del activo inmovilizado o que sean consecuencia de actividades extracooperativas. En caso de que existan pérdidas y el FRO no sea suficiente para compensarlas, se constituye la cuenta especial para amortización de pérdidas (CEAP) por la diferencia, de manera que el FRO tendrá el valor cero.

##### B) Segunda etapa.

Las dotaciones y cargos a este fondo se realizan en función de determinadas circunstancias por los siguientes conceptos:

- Siempre que existan en el ejercicio:

- \* Se dotará por las deducciones del ejercicio efectuadas a los reembolsos de los socios en el supuesto de baja de los mismos.
- \* Se dotará por las cuotas de ingreso de los nuevos socios.
- \* Se dotará por las cuotas periódicas de todos los socios (130).

---

(130) La interpretación del FRO como destino de las cuotas periódicas, se deduce del tratamiento análogo a las cuotas de ingreso que se hacen en: ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 81.1 en conexión con el art. 88.2.d de la misma Ley.

- En caso de que el excedente por operaciones con los socios sea positivo:
  - \* Se dota por el porcentaje sobre el 30% de dicho excedente después de impuestos, fijado en los Estatutos y en su caso acordado por la Asamblea General, y calculado en función de la relación entre capital social y el propio FRO.
  - \* Se dotará, si así lo determina la Asamblea General, por la cantidad que se destine del excedente disponible (70% restante del excedente de operaciones con los socios después de impuestos).
- Si el excedente de operaciones con los socios es negativo:
  - \* Se cargará por el porcentaje del mismo que figure en los Estatutos.
- Además, si la CEAP presenta un saldo positivo, también se dotara este fondo, hasta que el mismo sea positivo, por los siguientes conceptos:
  - \* El 100% del resultado de la regularización del balance.
  - \* El 100% de la actualización de aportaciones.
- En caso de que CEAP no sea positivo:
  - \* El 50% de la regularización de balances.

CUADRO 46. FORMACION DEL FRO.

FASE	CASO	DOTACION FRO	CARGO FRO
1ª	SI EXISTEN	EOT>0	EOT<0
		EE>0	EE<0
2ª	SI EXISTEN	DEDUCC. REEMBOLSO CUOTAS INGRESO CUOTAS PERIODICAS	
	E O S	EOS>0	%AG (30% EOSDI) (*)
			%AG (70% EOSDI)
	C E A P	EOS<0	%E (EOS)
		CEAP=0	50% RB
		CEAP>0	100%RB 100%AA

SI  
(EOT+EE) < 0  
Y  
FRO < EOT+EE

%AG: Porcentaje fijado por la Asamblea General.

%E: Porcentaje fijado por los Estatutos.

(\*): Este porcentaje tiene unos límites según la relación entre el capital social y el FRO (Ver distribución de EOSDI).



El FRO, dado su carácter irrepartible, es de la sociedad cooperativa, aunque esta circunstancia implique que a su vez sea de sus socios (131). Por su función en el seno de la sociedad cooperativa puede equipararse a las reservas obligatorias de las empresas capitalistas convencionales, pero mientras que el socio de una sociedad anónima (por poner un ejemplo) puede recuperar su inversión, vendiendo sus acciones, sin descapitalizar la empresa, no sucede lo mismo para el socio de una sociedad cooperativa. En este caso la transmisión de la titularidad queda reducida a casos muy específicos, lo que dificulta la recuperación de las reservas.

La irrepartibilidad del fondo y la ausencia de remuneración pueden producir un desánimo en los socios que lleve a solicitar su baja con la consiguiente descapitalización. Las justificaciones a esta irrepartibilidad del FRO son la búsqueda de mayor solvencia, y la concreción financiera de la solidaridad y de la intercooperación. Este hecho se pone de manifiesto en una en función de la continuidad o no de la cooperativa:

- Si la sociedad sigue existiendo, el FRO es un legado a los socios futuros para asegurar la continuidad de la empresa.
- Si la sociedad se liquida, el FRO se destina a la promoción del cooperativismo.

#### 4.3.3.3.2. Fondo de Educación y Promoción (FEP).

Sustituye, en la Ley General vigente, al antiguo Fondo de Educación y Obras sociales establecido en la Ley General de Cooperativas de 1974 (132). Se trata de un fondo de constitución periódica, cuya aplicación corresponde a la Asamblea General, que sólo se destinará a actividades que cumplan alguna de las siguientes finalidades:

- La formación y educación de los socios trabajadores en los principios cooperativos, y la difusión de las características del cooperativismo en el medio social en el que se desenvuelva su actividad (133).
- La promoción de las relaciones intercooperativas.
- La promoción cultural y profesional del entorno local o de la comunidad en general.

---

(131) En la parte relativa a la irrepartibilidad del FRO se sigue a: C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "Estudio del Régimen...", "Opus cit", pp. 193 y 194.

(132) ESPAÑA: LEY 52/1974..., "Opus cit", arts. 17.1, y 17.3.

(133) Sobre este aspecto destaca: A.C. MORALES GUTIERREZ: **La cooperativa como realidad social, ideológica y económica**, Colección Tesis Doctorales, Publicaciones ETEA, Córdoba, 1991.

Es posible, para cumplir los fines mencionados, la colaboración con otras sociedades o asociaciones cooperativas, instituciones públicas y privadas y con organismos dependientes de la administración estatal y autonómica.

Este fondo se dotará con cargo a los siguientes conceptos (cuadro 47):

- El porcentaje sobre los excedentes netos fijado en los Estatutos y los que en su caso acuerde la Asamblea General. Estas dotaciones se realizan siempre después de las efectuadas al FRO y por lo tanto el porcentaje que le corresponde dependerá de la relación del FRO con respecto al capital social, que ya quedaron expuestos al tratar la distribución del excedente por operaciones con los socios después de impuestos:

- \* Si el FRO está entre la mitad y dos veces el capital social, se dotará como mínimo el 5% de los excedentes netos.
- \* Si el FRO es mayor que el doble del capital social se destinarán como mínimo el 10% de los excedentes netos.

- Las cantidades que, con cargo a los excedentes disponibles (70% del EOSDI) acuerde la Asamblea General.

- Las sanciones impuestas, por vía disciplinaria, por la cooperativa a sus socios.

- Las subvenciones, donaciones y cualquier clase de ayuda recibida de los socios o de terceros para cumplir los fines del fondo.

CUADRO 47. DOTACION DEL FONDO DE EDUCACION Y PROMOCION.

CONCEPTOS			DOTACION FEP
70%EOSDI	CASOS	1/2CS≤FRO≤2CS	MIN: 5% (30%EOSDI)
		2CS<FRO	MIN: 10% (30%EOSDI)
30%EOSDI			%AG
SANCIONES A SUS SOCIOS			100%
SUBVENC Y DONAC FIN FONDO			100%

El importe del Fondo de Educación y promoción (FEP) que no se aplique en el año en que es dotado debe materializarse, en el ejercicio siguiente al de su dotación, en cuentas de ahorro o títulos de deuda pública

que no podrán ser pignorados ni afectados a préstamos o cuentas de crédito. Los rendimientos de estas cuentas y títulos tendrán como fin la misma aplicación.

La inembargabilidad del FEP se concreta en los principios cooperativos de educación y de intercooperación (134). Sin embargo, y siguiendo a GARCIA-GUTIERREZ (135), su dotación adquiere un sentido más teórico que real, poniendo de manifiesto la intención del legislador de dotar a la sociedad cooperativa de mayor solvencia económica, lo que le hace no potenciar la dotación de este fondo, aún a costa de no cumplir de forma estricta con alguno de los principios cooperativos.

Por tanto, el hecho de que el gasto en educación, intercooperación y formación cooperativa se realice siempre después de haber dotado adecuadamente el FRO, hace prever una limitada atención a estas funciones.

#### 4.3.3.3. Fondo de Reserva Voluntario (FRV).

Se trata de una reserva irrepartible, cuya finalidad es aumentar la solvencia financiera de la sociedad cooperativa, por lo que puede considerarse un complemento del FRO.

Tanto los Estatutos como la Asamblea General tienen facultades para crear este fondo con cargo a una parte de los excedentes disponibles del ejercicio, y ser minorados con un pequeño porcentaje de las pérdidas del ejercicio económico que tengan su origen en la actividad cooperativizada.

#### 4.3.3.4. Fondo especial, regulado por la Asamblea General, para acumular el retorno de los socios (FERAG).

Entre las modalidades que se especifican en la Ley General de Cooperativas, para hacer efectivo el retorno de los socios, se encuentra la creación de un fondo, novedoso respecto a la anterior Ley General de Cooperativas, al que la nueva normativa no da un nombre concreto. Este fondo, al que de forma abreviada denominaremos (FERAG), es regulado por la Asamblea General en función de las siguientes normas:

- El importe del retorno cooperativo acreditado a cada socio e incorporado a este fondo, debe ser devuelto al socio en un plazo máximo de cinco años.

---

(134) La irrepartibilidad es relacionada con el interés limitado por: R. RAMAEKERS: "El proyecto cooperativo", *Empresa Cooperativa*, N. 22, 1981, p. 37.

(135) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "Estudio del Régimen...", "Opus cit", p. 196.

RESUMEN DE LA DOTACION DE FONDOS EN LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS.

					+	FRO	-	+	FEP	-	+	FRV	-	+	FERAG	-	
E O T	CASOS	EOT>0			100%												*1) SI CEAP=0, EL 50% SE DESTINA AL AA. *2) SI CEAP>0, AA Y RB VAN AL FRO HASTA QUE FRO=CEAP
		EOT<0				100%											
E E	CASOS	EE>0			100%												*3) ES UNA DE LAS FORMAS DE RETORNO COOP *4) ES UNA DE LAS FORMAS DE IMPUTACION DE EOS<0.
		EE<0				100%											
	CEAP (AA-RB)	CASOS	CEAP=0		50%RB*1												
			CEAP>0 *2		100% RB 100% AA	100% CEAP											
E O S	EOS>0	70 % (EOSDI)	C	FRO<1/2CS	100%												*5) PUEDEN UTILIZARSE PARA DESEMBOLSAR LAS APORTACIONES OBLIGATORIAS DE SOCIOS. %AG) EL PORCENTAJE DEFINIDO POR ASAMBLEA GENERAL.
			A	1/2CS≤FRO≤2CS	MAX 95%		MIN 5%										
			S	2CS<FRO	MAX 90%		MIN10%										
	30% (EOSDI) = ED		%AG		%AG		%AG		%AG*3								
	EOS<0			MAX50%			%AG		%AG*4								
DEDUCCION REEMBOLSOS DE SOCIOS					100%												
CUOTAS DE INGRESO					100%												
CUOTAS PERIODICAS					100%												
SANCIONES DISCIPLINARES A SOC							100%										
SUBVENCIONES Y DONACIONES FEP							100%										
APLICACIONES FINES DEL FEP									100%								
APORTACIONES OBLIGATORIAS C.S.																%*5	

- Aunque no se haya cumplido el plazo de devolución al socio, éste puede destinar las cantidades acreditadas en el fondo a sanear las pérdidas que le sean imputadas y a satisfacer aportaciones obligatorias al capital social.
- Los recursos acumulados en el citado fondo devengan el tipo de interés que fije la Asamblea General. Sin embargo, éste no puede exceder del básico del Banco de España incrementado en tres puntos, por lo que su remuneración es fija y limitada.

#### **4.3.4. Aspectos específicos en la estructura económico-financiera de las cooperativas de asistencia sanitaria.**

Las cooperativas de asistencia sanitaria se rigen por el régimen económico contenido en la Ley General de Cooperativas. Además, las sanitarias de seguros deben tener en cuenta las normas de la legislación de seguros incluida en la correspondiente Ley (136) y su Reglamento (137).

En el capítulo V del citado Reglamento, se desarrollan una serie de normas relativas a las garantías financieras que deben cumplir las entidades de seguros, entre ellas las sociedades cooperativas, para poder ejercer su actividad. Estas normas, en espera de ser reglamentadas, se refieren a la creación de otros fondos financieros. Además, hay que hacer mención a las consecuencias económicas de la prima de seguros y del pago por acto profesional realizado.

##### **4.3.4.1. Creación de fondos financieros.**

La búsqueda de una solvencia suficiente para las entidades se ve aumentada en las entidades de seguros. En estas sociedades cooperativas la solvencia se complementa mediante la obligación de crear una serie de fondos financieros a los que puede encuadrarse en tres grupos: las Provisiones técnicas, el Margen de solvencia y el Fondo de garantía.

Las entidades aseguradoras que no tengan totalmente cubiertas las provisiones técnicas o no alcancen el margen de solvencia o el fondo de garantía mínimo legal, no podrán ampliar su ámbito territorial ni su red comercial entre otras limitaciones.

---

(136) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", arts. 16, 17, 18 y 19.

(137) ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", arts. 55, 62, 76, 80, 81.

#### 4.3.4.1.1. Provisiones Técnicas.

Su aparición en la Ley del Seguro de 1984 sirvió para reemplazar a las reservas técnicas que se encontraban recogidas en la anterior legislación de seguros. Su sustitución se debe a que las reservas implican un mayor capital, mientras que las provisiones, en las sociedades cooperativas y en el resto de entidades de seguros, lo que realmente representan son las "deudas del asegurador frente a los asegurados" (138). Este criterio fue ratificado por la adaptación del Plan General de Contabilidad a las entidades de seguros (139), que en el Grupo 1 incluye subgrupos para las cuentas de Capital, Reservas y Provisiones (diferentes a las técnicas) y en el grupo 3 recoge la variedad de Provisiones Técnicas.

La mencionadas provisiones tienen como objetivo garantizar en el tiempo el cumplimiento de las obligaciones con los asegurados en la actividad aseguradora. Hasta que se produzca su nueva reglamentación dichas provisiones se rigen por el Reglamento de Ordenación del Seguro Privado (140), donde se determina la obligación de que las entidades aseguradoras calculen y contabilicen las siguientes provisiones técnicas (141):

- Matemáticas. Recogen la diferencia positiva entre el valor actual de las obligaciones futuras y el valor actual de las primas. El cálculo de las mismas debe realizarse obligatoriamente póliza a póliza.
- De riesgos en curso. Se calculan para cada modalidad o ramo. Su objetivo consiste en periodificar las primas devengadas, por lo que incluirá la parte de la prima destinada a obligaciones futuras no extinguidas al cierre del ejercicio. Pueden calcularse póliza a póliza o mediante métodos globales.
- Para prestaciones o siniestros, pendientes de liquidación o pago. Se calculan de forma separada para cada modalidad de seguro, incluyendo:
  - \* El importe estimado por los siniestros con tramitación, en curso o no iniciada, incluidos los gastos de su liquidación.
  - \* El importe definitivo de los siniestros de tramitación terminada pendientes sólo de pago.

---

(138) J. GUTIERREZ DEL ALAMO Y MAHOU: *Estudio Jurídico...*, "Opus cit", p. 262.

(139) ESPAÑA: ORDEN DEL MINISTERIO DE HACIENDA de 30 de julio de 1981, sobre la adaptación del Plan General de Contabilidad a las entidades de seguros, B.O.E. N. 218, de 29 de septiembre, Introducción.

(140) ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", art. 55.

(141) Véase: U. NIETO DE ALBA: "Aspectos económicos y técnicos de la Ley 33/1984 sobre Ordenación del Seguro Privado", en VARIOS: *Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado*, Colegio Universitario de Estudios Financieros, Madrid, 1988, pp. 134-144.

- Para siniestros pendientes de declaración. Recogen el importe de los siniestros ocurridos en un ejercicio, que no hayan sido notificados al cierre del mismo. Como norma general se calcula aplicando un coeficiente a la Provisión de siniestros pendientes de liquidación.
- De desviación de siniestralidad. Su objetivo es obtener una estabilidad técnica, cubriendo el exceso de siniestralidad del ejercicio con respecto a su cuantía estimada. Se constituye mediante un recargo de seguridad incluido en las primas.
- Para primas pendientes de cobro. Cubre la parte de las primas del ejercicio que se estima que serán impagadas. Se busca evitar una sobrevaloración de los ingresos basándose en la experiencia de cada entidad.

Todas las provisiones enumeradas deben cubrirse obligatoriamente a excepción de las últimas, ya que en este caso no tiene sentido crear provisiones sobre primas aún no cobradas. El citado Reglamento de Ordenación del Seguro Privado regula, de forma detallada y con carácter actuarial, el procedimiento de cálculo de estas provisiones. Además, determina los activos aptos para materializar dichas provisiones conforme a los principios de congruencia seguridad, liquidez y rentabilidad (142). Estos activos son:

A) La tesorería, que comprende:

- Depósitos en efectivo en bancos y otras instituciones de crédito.
- Inversiones en activos monetarios del Mercado Monetario.
- Activos emitidos por el Tesoro a corto plazo.
- Cheques de cuenta corriente al cobro y no perjudicados.
- Cupones de clientes vencidos pendientes de cobro.

B) Los valores mobiliarios y fondos de inversión mobiliaria, que incluyen:

- Deuda pública emitida o avalada por el Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones locales y otros organismos y Corporaciones Públicas.
- Valores mobiliarios, de renta fija o variable, en moneda nacional o extranjera, con cotización oficial en Bolsa oficial española o en mercados organizados extranjeros.
- Participaciones en fondos de inversión mobiliaria.
- Acciones de sociedades de inversión mobiliaria.
- Derechos de suscripción siempre que coticen en Bolsa.

---

(142) Un análisis sobre el cálculo de las citadas provisiones es realizado en: F. GARCIA ESTEBAN: "La solvencia de la empresa aseguradora: provisiones técnicas", **Hacienda Pública Española, Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda**, N. 98, 1986, pp. 117-120.

C) Créditos:

- Por contratos de préstamo hipotecario.
- Por contratos de préstamos pignoratícios sobre valores mobiliarios.
- Letras de cambio y pagarés a la orden.
- Pagarés financieros emitidos por empresas.
- Cédulas, bonos y participaciones hipotecarias emitidas por bancos, cajas de ahorro o sociedades de crédito hipotecario.
- Depósitos a plazo superior a seis meses en Bancos o instituciones de crédito.

D) Otras inversiones autorizadas, con carácter general, por el Ministerio de Economía y Hacienda.

Cuando el grupo de los bienes en los que se haya invertido una provisión técnica pierda sus aptitudes para cubrir las mismas, la entidad debe tomar las medidas oportunas para sustituirlo en un plazo máximo de tres meses.

4.3.4.1.2. Margen de Solvencia.

Las entidades aseguradoras están obligadas a disponer en cada ejercicio, como margen de solvencia, de un patrimonio propio no comprometido con la deducción de los elementos inmateriales (143).

Al igual que ocurre con las provisiones técnicas, hasta que se produzca su desarrollo reglamentario, éste se encuentra regulado por el Reglamento de 1985. Así, su cuantía mínima se determina por la mayor de las cantidades que resulte de aplicar un porcentaje a los siguientes conceptos:

- El importe anual de las primas o cuotas.
- La siniestralidad de los tres últimos ejercicios sociales.

---

(143) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", art. 17; y ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", art. 76.



Los tantos por ciento aplicables son establecidos en el Reglamento como norma general, pero para las sociedades cooperativas de seguros, éstos se reducirán en dos tercios. Los porcentajes generales son (144):

- Para la cuantía determinada en función de las primas, se sumará el resultado de aplicar:
  - \* hasta mil millones de pesetas en primas, el 18%;
  - \* para el exceso sobre los mil millones, el 16%.
- Para la cuantía en función de los siniestros se sumará el resultado de aplicar:
  - \* al tercio de la cifra total resultante del cálculo de los siniestros, con el límite de setecientos millones de pesetas, se le aplicará el 26%;
  - \* al exceso sobre los setecientos millones, se le aplicará el 23%.

Para calcular el patrimonio propio no comprometido de las cooperativas sanitarias de seguros hay que considerar como elementos fundamentales:

- El capital social desembolsado.
- La mitad del capital social suscrito pendiente de desembolso.
- Las reservas patrimoniales.
- La provisión para desviación de la siniestralidad.
- La parte de excedente destinada a incrementar los fondos propios.
- Las plusvalías por diferencias en la estimación de elementos del activo y pasivo que no tengan carácter excepcional.
- El 75% del exceso de aplicar, en la provisión para riesgos, métodos globales en lugar del método póliza a póliza. Esta cantidad no puede superar el 20% del margen de solvencia.

La disposición de este margen, supone para las cooperativas de seguros sanitarias un aumento de su patrimonio libre. La financiación del mismo obliga a realizar aportaciones suplementarias a los socios o al aumento de las primas, mediante el recargo para excedente, lo que constituye un freno a la expansión del seguro. Por otra parte el incremento del patrimonio de estas sociedades supone un reforzamiento de la vertiente financiera frente a la puramente técnica, ya que es necesario obtener una rentabilidad mínima para que el citado patrimonio mantenga su valor en términos reales.

---

(144) Sobre estos porcentajes puede consultarse: A. VEGAS MONTANER: "Análisis de la cobertura del margen de solvencia por parte de entidades privadas de seguros en España. Un enfoque de futuro", en VARIOS: **Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado**, Colegio Universitario de Estudios Financieros, Madrid, 1988, pp. 932-952.

#### 4.3.4.1.3. Fondo de Garantía.

El margen de solvencia tiene como finalidad servir de garantía financiera a las sociedades de seguros, calculándose en función de las primas o de los siniestros. Con el fin de que el citado margen no sea inferior a un determinado mínimo, independientemente del volumen de operaciones, se establece un fondo de garantía que estará formado por la tercera parte del margen de solvencia.

El objetivo del fondo de garantía es hacer que las sociedades de seguros cuenten con un mínimo de solvencia desde el inicio de su actividad, y que, a la vez, se cubran las posibles desviaciones en aquellas entidades que tengan un pequeño volumen de operaciones.

Además, se determina un mínimo en la cuantía del fondo, en función del grupo en el que se encuentre el seguro practicado, que se aplica únicamente cuando su volumen supere la cifra del capital social (145). En este aspecto la Ley de Supervisión y Ordenación del Seguro Privado de 1995 (146) ha variado el criterio para medir la cuantía mínima del mencionado fondo. Así, mientras que anteriormente se establecía en pesetas (147), el nuevo mínimo se determina en función del contravalor en pesetas de diferentes cantidades de ecus según el ramo.

Para las entidades que realizan el seguro de asistencia sanitaria, la mencionada cuantía es de 200.000 ecus. Sin embargo, en el caso de las sociedades cooperativas, esta cantidad mínima se reduce a las tres cuartas partes de la citada cifra, con lo que el límite mínimo del fondo de garantía queda establecido en 150.000 ecus. La mencionada cantidad se aplica tanto para las cooperativas a prima fija como a prima variable, a diferencia de los 15 millones fijados en la anterior regulación (cuadro 48).

CUADRO 48. COMPARATIVA DE LA CUANTIA MINIMA DEL FONDO DE GARANTIA SEGUN LA LEY DE ORDENACION Y SUPERVISION DEL SEGURO Y SEGUN EL REGLAMENTO DE 1985.

TIPO DE SOCIEDAD	FONDO DE GARANTIA MINIMO PARA EL SEGURO ASISTENCIA SANITARIA	
	LEY 30/1995	REGLAM 1985
CASO NORMAL	200.000 ECUS	20 MILL PTAS
COOPERATIVAS	150.000 ECUS	15 MILL PTAS

(145) Véase: J. FERNANDEZ PALACIOS: "Garantías financieras durante el funcionamiento: el tratamiento de las garantías técnicas, margen de solvencia y fondo de garantía", en VARIOS: **Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado**, Colegio Universitario de Estudios Financieros, Madrid, 1988, pp. 560-598.

(146) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", arts. 18.1 y 18.2.

(147) ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", art. 80.

Hay que mencionar que el Reglamento de 1985 establecía una reducción a la mitad de estas cantidades mínimas cuando las sociedades cooperativas actuaban sólo en el ramo de asistencia sanitaria y limitaban su actividad a un ámbito territorial menor de dos millones de habitantes, con lo que la cifra quedaba fijada en 7,5 millones. La Ley 30/1995 no hace ninguna referencia a esta reducción por lo que es necesario esperar a su desarrollo reglamentario.

#### **4.3.4.2. La prima de seguros y el pago por acto profesional realizado.**

La prima y el pago por acto profesional realizado constituyen dos caras de la misma moneda, que se encuentran directamente relacionadas con el aspecto económico-financiero de las sociedades cooperativas que realizan el seguro de asistencia sanitaria. La prima determina el pago realizado por los usuarios de salud a la cooperativa, mientras que el segundo aspecto se refiere a la contraprestación económica de la sociedad cooperativa a los profesionales incluidos en sus cuadros médicos. En las cooperativas de asistencia sanitaria que actúan fuera del sector asegurador, la mencionada prima es sustituida por la cantidad que paguen los usuarios de salud por hacer uso de la asistencia sanitaria.

##### **4.3.4.2.1. La prima de seguros.**

Uno de los elementos fundamentales de las cooperativas sanitarias a prima fija y a prima variable, como de toda empresa de seguros, es la prima incluida en la póliza de seguros.

La póliza constituye el documento en el que se recoge el contrato de seguro, incorporando las condiciones generales y los elementos esenciales del mismo. Su contenido debe estar redactado de forma que sea de fácil comprensión para el asegurado (148). Las pólizas, al igual que ocurre con la tarifas de primas, no necesitan aprobación administrativa previa, salvo cuando se trate de la solicitud de autorización inicial o la necesaria para ampliar la actividad a nuevos ramos. Sin embargo, aunque no se exija la aprobación, si es necesario que se encuentren a disposición del Ministerio de Economía y Hacienda antes de su utilización.

La prima es, además, un elemento clave para distinguir entre las cooperativas a prima fija y a prima variable. Esta diferencia no se debe a la cuantía, fija o variable, de la cuota pagada, sino a que mientras en la

---

(148) Las condiciones generales de las pólizas de seguros de asistencia sanitaria fueron reguladas por: ESPAÑA: RESOLUCION de 13 de abril de 1981 (Dir. Gral. Seguros), Condiciones generales para pólizas de seguros de asistencia sanitaria y voluntarios de automóviles, B.O.E. N. 100, de 27 de abril, Anexo 1. Esta normativa fue posteriormente derogada por el Reglamento de Seguros aprobado por la Ley 1348/1985.

cooperativa a prima fija la prima vence mayoritariamente por anticipado, en la cooperativa a prima variable lo hace fundamentalmente al término del período.

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima distinguiendo entre el pago de la primera prima y de la segunda y sucesivas.

- En el caso de la primera prima, el impago de la misma libera al asegurador del cumplimiento del contrato si se produce una de las circunstancias aseguradas.
- En la segunda y siguientes primas, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después de la fecha de vencimiento. El impago durante seis meses desde la citada fecha extingue el contrato. En caso de que se produzca el pago dentro de ese plazo, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas desde la citada fecha.

Las tarifas de las primas constituyen variables de decisión básicas cuya cuantificación debe responder al régimen de libertad de competencia en el mercado de seguros, respetando los principios basados en la técnica aseguradora, y permitiendo satisfacer las obligaciones derivadas de los contratos de seguro (149). Se fundamentan en bases técnicas y en información estadística, según los factores de riesgo y la clase de riesgo asegurado. La prima de tarifa, en los seguros diferente al de vida, contiene:

- La prima pura, en la que se incluyen la prima de riesgo y en su caso la de ahorro.
- El recargo de seguridad, cuyo destino es la cobertura de desviaciones negativas en la siniestralidad esperada.
- Los recargos de gestión, entre los que se integran los que tienen por objeto cubrir los gastos de administración y de adquisición y mantenimiento de negocio. En el caso de las cooperativas a prima variable la imposibilidad de utilizar servicios de mediación reduce este recargo.
- El recargo para beneficio o excedente, cuyo fin es la remuneración de los recursos financieros, e incremento de la solvencia de la empresa. Para las cooperativas a prima fija y variable, al no poder perseguir ánimo de lucro, no pueden cargar la citada prima (150).

Tomando como base la prima pura y los diferentes recargos se obtiene la prima de tarifa, a la que hay que añadir el posible recargo externo, cuya cuantía debe estar justificada. Su determinación, a la que se denomina tarificación, tiene una doble implicación:

- \* conseguir una solvencia adecuada, y,
- \* lograr una competitividad con el mercado.

---

(149) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", art. 24.3; y ESPAÑA: REAL DECRETO 143/1985..., "Opus cit", art. 51.1.

(150) Sobre este aspecto puede consultarse: R. MORENO RUIZ: "Las empresas...", "Opus cit", pp. 18 y 19.

Se trata por lo tanto de lograr tarifas equitativas y suficientes de manera que se salvaguarde la solvencia de la entidad, y con ello los intereses de los asegurados, a la vez que se logra una situación competitiva dentro del mercado, en este caso, el del seguro de asistencia sanitaria.

El proceso de tarificación, en este tipo de seguros, incluye un gran número de factores de riesgo. Entre ellos la edad es uno de los principales, mientras que el tipo de interés no juega un papel tan importante como en los seguros de vida. Las prestaciones se determinan en función de la cuantía del daño.

La gran variedad de procedimientos de tarificación pueden englobarse en dos grupos, la tarificación a priori, o propiamente dicha y la tarificación a posteriori.

#### A) Tarificación a priori.

El proceso seguido consiste en la determinación, mediante procedimientos estadísticos, del tamaño de la muestra y la diferenciación de cada una de las clases de riesgo. Posteriormente se analizan, mediante criterios actuariales, los efectos de los factores de riesgo, o variables exógenas que explican una parte de la siniestralidad (frecuencia y costes).

Más adelante, basándose en el análisis factorial, se seleccionan las variables factor de riesgo más significativas, es decir las que más afecten a la siniestralidad, para proceder a su agrupación en clases homogéneas. Por último, sólo queda la valoración del riesgo que implica cada una de estas clases homogéneas.

#### B) Tarificación a posteriori.

Estos procedimientos se basan en la heterogeneidad de cada clase de riesgo producida por factores de riesgo no considerados inicialmente. Por ello la prima inicial para cada unidad de riesgo se modifica en períodos posteriores, en función de la experiencia.

Dentro de la gran cantidad de procedimientos a posteriori se puede diferenciar entre (151):

- "Special-rating", consiste en efectuar descuentos sobre la tarifa a los asegurados que reúnen determinadas características.
- "Schedule-rating", se trata de un plan del asegurador por el que se determina el tipo de prima a aplicar a cada riesgo en función de las características individuales que afectan a la cuantía y probabilidad del siniestro.

---

(151) J. VEGAS ASENSIO: "Criterios de elaboración de tarifas en los seguros de vida", en VARIOS: **Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado**, Colegio Universitario de Estudios Financieros, Madrid, 1988, pp. 895-899.

- "Merit-rating", consiste en la rectificación de la póliza en función de la propensión al siniestro del asegurado. Se diferencia del sistema anterior en que, mientras en aquel las modificaciones son introducidas a priori, en éste son realizadas a posteriori.
- "Retrospective-rating", a diferencia de los procedimientos anteriores, en los que la corrección de primas se realiza para ejercicios futuros, en este método se efectúa para el que finaliza en ese momento. La determinación de la prima puede ser total o parcial.

#### 4.3.4.2.2. El pago por acto profesional realizado.

Aunque no existe ninguna norma que determine la forma de pago de las cooperativas a los médicos, uno de los principios básicos de la asistencia sanitaria mediante sociedades cooperativas, al menos de sus principales representantes, es el pago por acto profesional realizado.

Esta característica tiene importantes implicaciones económicas ya que determina la retribución de sus cuadros médicos. El mencionado pago corre a cargo de la cooperativa, ya que el paciente realiza su aportación dineraria a través de la prima de seguros o de su equivalente en las restantes cooperativas de asistencia sanitaria.

El citado sistema alcanza su máxima expresión en las cooperativas sanitarias de trabajo asociado, en las que son los propios facultativos quienes determinan el baremo que establece la cuantía del citado pago.

Por lo que respecta a la relación entre médico y cooperativa, el pago por acto médico retribuye al profesional libre, que sabe que cuanto más y mejor trabaje, mayor retribución recibe de la cooperativa (152). Además, se eliminan intermediarios entre el paciente y médico con lo que es posible ofrecer unos precios competitivos sin reducir la calidad del servicio.

El sistema de pago por acto profesional realizado se contrapone al denominado como coeficiente caputivo. Dicho sistema retributivo consiste en la asignación a cada especialidad de un coeficiente expresado en pesetas, que una vez multiplicado por el número de familias asignadas a cada médico determina la cantidad a recibir por el mismo. En consecuencia, la cifra mensual recibida depende del número de familias asignadas a cada facultativo. Este método conlleva grandes problemas cuando la cantidad de familias se determina de forma burocrática sin tener en cuenta las preferencias de los usuarios de salud. Así pueden darse situaciones en

---

(152) F. MACHANCOS MINGACHO: *Las relaciones...*, "Opus cit", pp. 154-155.

las "que los médicos que atienden mal a los enfermos perciben honorarios iguales o superiores a los que atienden bien, pero aquellos tienen menor trabajo porque los asegurados no quieren acudir a sus consultas" (153).

#### **4.3.5. Aspectos específicos en la estructura económico-financiera de las sociedades cooperativas farmacéuticas.**

La estructura económico-financiera de las cooperativas de distribución farmacéutica sigue los preceptos generales estudiados más arriba. Sin embargo, la naturaleza de su actividad determina una serie de consecuencias de carácter económico-financiero que afectan no sólo a la cooperativa sino también a los demás participantes en el proceso distribuidor. Algunas de estas manifestaciones ya han sido enunciadas al referirse al funcionamiento de las citadas sociedades, aunque se ha dejado su análisis para este apartado.

Su puede distinguir entre aquellas características que se aplican a todos los almacenes mayoristas del subsector farmacéutico, en función de la actividad de distribución, y las que son privativas de las sociedades cooperativas.

##### **4.3.5.1. En función de la actividad de distribución.**

La actuación como mayoristas en la distribución farmacéutica tiene diferentes implicaciones económico-financieras que son aplicables tanto a las sociedades cooperativas como al resto de almacenes del sector. Estas características repercuten de distinta manera a los proveedores y a los clientes de las cooperativas.

A continuación se realiza un breve análisis sobre los mencionados aspectos, poniendo mayor énfasis en aquellas que afectan a las oficinas de farmacia, dada la condición de socios de estas cooperativas.

---

(153) J. CAMARASA ROIG, A. OSO CANTERO y T. DIEZ PASO: "Efectos Económicos y asistenciales del Cooperativismo Sanitario como combinación del sector público y privado", en **VARIOS: Público-Privado en el Sector Sanitario**, Colegio de Economistas de Valencia, Valencia, 1988, p. 158.

A) Aspectos que afectan tanto a los laboratorios como a las oficinas de farmacia.

A.1) Incremento del precio.

La introducción de los almacenes mayoristas en el proceso de distribución farmacéutico supone un aumento del precio de los productos farmacéuticos. Dicho aumento afecta, tanto a los laboratorios como a las oficinas de farmacia, en la reducción de los márgenes de beneficio que tendrían estas entidades para un mismo precio de venta final. Este inconveniente es superado, tanto por las ventajas de tipo real, analizadas más arriba, como por las económico-financieras que se estudian a continuación.

A.2) Función crediticia.

Afecta de forma diferente a los laboratorios y a las oficinas de farmacia.

- Los laboratorios recuperan los costes de su producción sin tener que esperar a que los productos farmacéuticos lleguen al consumidor (154). El pago realizado por los mayoristas suele realizarse a treinta días (155).

- En el caso de las oficinas de farmacia, las sociedades cooperativas soportan la diferencia entre el plazo de pago a los laboratorios (generalmente 30 días), y el que tarda la Seguridad Social en hacer efectivo el desembolso de los medicamentos adquiridos por sus asegurados en las oficinas de farmacia. Este último suele dilatarse bastante en el tiempo.

El proceso se realiza en función de los convenios establecidos entre las administraciones públicas sanitarias, siendo la aportación general la siguiente (156):

- \* Para la población activa protegida el 40% es abonado por el usuario y el 60% restante por la Administración Pública Sanitaria.
- \* Para jubilados y asimilados la Administración abona el 100%.

---

(154) Sobre esta función de los distribuidores puede verse: E. PEREZ GOROSTEGUI: *Economía de la...*, "Opus cit", p. 590.

(155) Véase: MINISTERIO DE TRABAJO: *Investigación sobre...*, "Opus cit", p. 489.

(156) En relación a los convenios entre las oficinas de farmacia que colaboran con el Sistema Nacional de Salud puede consultarse: INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD: *Concierto con las oficinas de farmacia*, INSALUD, Madrid, 1992.



Dado que casi la totalidad de la población está cubierta por servicios de asistencia pública puede entenderse la importancia de la misión crediticia de las cooperativas farmacéuticas.

B) Aspectos que afectan especialmente a los laboratorios.

B.1) Reducción en gastos de investigación de mercados.

El laboratorio productor reduce las prospecciones sobre los posibles compradores, ya que con los pedidos, que les llegan directamente de los mayoristas, también se encuentra información sobre la demanda (157).

B.2) Concentración de ventas.

Cada pedido lleva implícito unos costes fijos independientes del volumen de pedido. Al reducirse el número de pedidos a los laboratorios se eliminan los gastos asociados a los mismos (158).

C) Variables que afectan especialmente a las oficinas de farmacia.

C.1) Coste de oportunidad de las existencias almacenadas.

El coste financiero del volumen de productos que una oficina de farmacia debe mantener en el almacén, para cubrir la demanda de sus clientes, lleva consigo un coste financiero de oportunidad. Este coste es la rentabilidad que podría haberse obtenido si dichos recursos se hubiesen invertido en el mercado financiero.

La cantidad almacenada se encuentra directamente relacionada con el volumen de ventas de la oficina de farmacia, que a su vez determina los pedidos y los servicios realizados por las cooperativas de distribución farmacéutica. Por ello es conveniente estudiar el volumen medio de ventas para poder determinar el citado coste de oportunidad.

El volumen medio de ventas estimado en las oficinas de farmacia (cuadro 49) pone de manifiesto que el 58% de las unidades vendidas corresponden a medicamentos, y el 42% a parafarmacia. Su expresión en unidades monetarias

---

(157) Véase: S. PATHAK: "Introducción al marketing farmacéutico", en VARIOS: **Principios del marketing farmacéutico**, IDEPSA, Madrid, 1989, pp. 5-12.

(158) J. FARRAN NADAL: **Canales de distribución en España**, EUNSA, Barcelona, 1972, pp. 54-56.

indica que los medicamentos suponen el 70% de las ventas frente al 30% de la parafarmacia.

CUADRO 49. DISTRIBUCION DE VENTAS EN OFICINAS DE FARMACIA Y CONCENTRACION DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS.

	MEDICAMENTOS	PARAFARMACIA
UNIDADES FISICAS	58%	42%
UNIDADES ECONOMICAS	70%	30%

GRUPO	NUMERO DE ESPECIALIDADES	PORCENTAJE DE UNIDADES	PORCENTAJE SOBRE VENTAS
A	1070	10%	75%
B	2461	23%	20%
C	7164	83%	5%

Fuente: S. IZCO SEVILLANO: Principios del marketing farmacéutico (159).

Dada la importancia porcentual de los medicamentos, el estudio sobre las existencias de las farmacias debe poner especial atención en los mismos. Dentro de este 70% la distribución de las ventas permite hacer una triple diferenciación. Como puede observarse en el cuadro 49, el 10% de los medicamentos suponen el 75% de las ventas (Grupo A), un 23% el 20% (Grupo B), y por último un 5% de las unidades completan el 5% de las ventas restantes (Grupo C).

Un criterio racional indica que una farmacia media, para atender su demanda, debe tener por lo menos los 3500 formatos que constituyen el 95% de las ventas, y determinados representantes del grupo C, en función de las necesidades de la farmacia.

La gran diversidad de formatos, junto a la variabilidad de la demanda exigida, obliga a las farmacias a disponer de un considerable nivel de existencias para cumplir su función social con el mínimo de fallos. El mantenimiento de estos productos almacenados tiene un coste, al que hay que unir el coste de oportunidad

(159) S. IZCO SEVILLANO: "La oficina de farmacia", en VARIOS: Principios del marketing farmacéutico, IDEPSA, Madrid, 1989, pp. 216-225.

de disponer de una serie de recursos inmovilizados, con los que se podría lograr una rentabilidad adicional.

Una distribución rápida, frecuente y eficaz, por parte de las cooperativas, permite a las farmacias socios reducir las existencias y con ello evitar la pérdida del citado coste de oportunidad.

Para lograrlo es necesario seguir una adecuada gestión de las existencias en la que se está imponiendo la utilización de terminales informáticas. Estas son puestas a disposición e instaladas, de forma gratuita, por los almacenes en las farmacias, y su coste es amortizado mediante la eliminación de determinados descuentos en los pedidos, como se estudia más abajo. Estos terminales permiten la acumulación progresiva del pedido según se producen las ventas, y la realización automática del mismo mediante un cálculo de la rotación de los productos en los últimos meses. También permiten adaptarse a las condiciones particulares pactadas con los almacenes.

#### ***4.3.5.2. En función de la condición de cooperativa.***

Las cooperativas de distribución farmacéutica tienen una serie de características en su funcionamiento que las diferencian del resto de almacenes mayoristas. Las principales implicaciones económico-financieras de este comportamiento son la reducción del margen de beneficio, y las consecuencias derivadas de la igualdad de servicio.

##### **4.3.5.2.1. La reducción del margen de beneficio.**

El precio de los medicamentos se encuentra sometido al control administrativo. Concretamente, en el caso de las especialidades farmacéuticas, el Gobierno establece el régimen general de fijación de precios industriales, y de la distribución y comercialización.

Teniendo en cuenta las pautas generales establecidas por el Gobierno, el Ministerio de Sanidad y Consumo determina el precio industrial máximo para cada especialidad farmacéutica al inscribir éstas en el

Registro. El mismo ministerio es, a su vez, quien establece el Precio de Venta al Público (P.V.P.), añadiendo al precio industrial los conceptos correspondientes a la distribución y comercialización (160).

A) Determinación del precio industrial.

En España se utiliza el método basado en los costes de fabricación mediante el "escandallo normalizado" (161). Este sistema parte una valoración de la materia prima empleada para calcular el valor final mediante una fórmula multiplicativa.

B) Determinación del precio de venta al público.

El precio de venta al público se establece añadiendo al precio industrial los porcentajes correspondientes a la distribución y a la comercialización. El PVP debe consignarse en los ejemplares de las diferentes especialidades farmacéuticas.

El beneficio del almacén se encuentra fijado en el 12% del precio de venta al farmacéutico, lo que equivale, en el mejor de los casos, al 8,4% del PVP excluido el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), ya que el margen del farmacéutico es del 30%.

Así por cada 100 pesetas, IVA excluido, que paga un consumidor por un medicamento; 30 representan el beneficio de la oficina de farmacia, 8,4 corresponden al margen de la cooperativa de distribución, y las 61,6 restantes al laboratorio fabricante (cuadro 50).

CUADRO 50. MARGENES COMERCIALES EN LA DISTRIBUCION FARMACEUTICA.

		PRECIO	MARGEN	MARGEN (PVP)
ALMACEN	COMPRA	61,6		8,4 %
	VENDE	70	12 %	
FARMACIA	COMPRA			
	PVP-IVA	100	30 %	

(160) Un estudio de la legislación española que afecta al precio de los productos farmacéuticos y su vinculación con la normativa europea se encuentra en: FARMAINDUSTRIA: La Legislación farmacéutica española y el derecho comunitario, Farmaindustria, Madrid, 1987, pp. 75-86.

(161) E. MANZANO MORENO, E. GRANDA VEGA: "Participación de los sistemas de financiación pública en el mercado de medicamentos", en VARIOS: Principios del marketing farmacéutico, IDEPSA, Madrid, 1989, pp. 256-258.

El porcentaje del 8,4% es reducido por las sociedades cooperativas, de manera que sus socios adquieren los productos más baratos. Además, la parte del margen que se queda en poder de la sociedad cooperativa sigue siendo de los farmacéuticos, ya que éstos son sus socios. Las grandes ventajas de esta reducción del margen comercial para los farmacéuticos ha obligado al resto de almacenes mayoristas a utilizar medidas similares para no perder su cuota de mercado.

#### 4.3.5.2.2. Implicaciones económico-financieras de la igualdad de servicio.

Generalmente los almacenes mayoristas realizan una serie de descuentos a las oficinas de farmacia por diferentes motivos. Entre ellos los más destacados son los siguientes (162):

- Realizando los pedidos mediante terminal de ordenador descuentan un 0.5%. El terminal es entregado por la cooperativa, sin cobrarlo, a la farmacia y el descuento del 0.5% no se efectúa hasta que esta última no amortice el precio del terminal.
- La hora en que se realiza el pedido.
- El número de veces al día que se reciben pedidos.
- Volumen de ventas totales, tanto en pesetas como en unidades.
- Número de unidades de un mismo producto.
- Otras ofertas realizadas por el mayorista.

Las cooperativas farmacéuticas ofrecen a sus socios estos descuentos, sin embargo aplican la denominada igualdad de servicio, a la que ya se ha hecho referencia más arriba. Esta consiste en no realizar modificaciones en el precio en función del tamaño del pedido. Por tanto todos los socios, independientemente de su volumen de ventas, reciben el mismo trato con importantes beneficios económicos para las farmacias socios más pequeñas.

---

(162) L. DE LA FUENTE CHICO: "El mayorista", en VARIOS: **Principios del marketing farmacéutico**, IDEPSA, Madrid, 1989, p. 207.

#### 4.3.6. La fiscalidad.

De una forma genérica, la fiscalidad relacionada con la salud se pone de manifiesto mediante el incremento en el gravamen de los consumos poco saludables y en la reducción fiscal de los comportamientos saludables. Esta actuación se formaliza básicamente en la imposición indirecta, y en los impuestos específicos que gravan determinados bienes como el alcohol y las bebidas derivadas o las labores del tabaco (163).

El tratamiento fiscal de las sociedades cooperativas del sector de la salud, viene determinado por su doble condición de sociedades cooperativas y por la naturaleza de las actividades realizadas por las mismas. Cada uno de estos aspectos va a ser tratado en diferentes epígrafes.

##### 4.3.6.1. Aplicación del régimen fiscal como sociedades cooperativas.

A lo largo del tiempo las sociedades cooperativas han recibido un tratamiento tributario diferenciado al incluido en el régimen general. En esta línea pueden destacarse el Estatuto Fiscal de las entidades cooperativas de 1969 (164) y su adaptación al Impuesto sobre Sociedades 61/1978 (165). Esta situación se ha fundamentado tradicionalmente tanto por las características específicas de las sociedades cooperativas, como por el interés común de muchas de las actividades que realizan (166). Actualmente el citado Impuesto de Sociedades ha sido derogado por la Ley 43/1995 (167), en la que se incorporan en un solo texto legal los diferentes regímenes especiales de este impuesto, a excepción del de las sociedades cooperativas y el de determinadas entidades no lucrativas.

---

(163) Un análisis sobre aspecto es realizado en: G. LOPEZ CASASNOVAS, E. MARTINEZ GARCIA, y A. DURAN SINDREU: "Fiscalidad, gasto y salud. Tratamiento fiscal de la salud y propuestas de mejora", en VARIOS: *Economía de la Salud*, Ilustre Colegio de Economistas de Las Palmas, Las Palmas de Gran Canaria, 1995, pp. 75-99.

(164) ESPAÑA: REAL DECRETO 888/1969 de 9 de Mayo, por el que se aprueba el Estatuto Fiscal de Entidades Cooperativas, *B.O.E.* N. 114, de 13 de mayo.

(165) ESPAÑA: LEY 61/1978 de 27 de diciembre, sobre el Impuesto sobre Sociedades, *B.O.E.* N. 56 de 30 de diciembre; ESPAÑA: REAL DECRETO 2631/1982 de 15 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre Sociedades, *B.B.O.O.E.* Ns 252-258 y 265, de 21-27 de octubre y 4 de noviembre; y ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 14 de febrero de 1980, por la que se adaptan las normas del Decreto 888/1969 a la Ley 61/1978 de 27 de diciembre del Impuesto sobre Sociedades, *B.O.E.* N. 56, de 5 de marzo.

(166) En esta línea se encuentran: J.L. DEL ARCO ALVAREZ: *Régimen Fiscal de las Cooperativas*, Gráficas Nilo, Madrid, 1969, p. 58; V. PORTA ALVAREZ: "Monografía sobre legislación Cooperativa", *Tribuna Cooperativa*, N. 40-41, enero-junio 1980, p. 15; y J.M. DE LUIS ESTEBAN: "Presente y Futuro de la Fiscalidad de Cooperativas", *Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa*, N. Extraordinario, octubre 1987, pp. 129-151.

(167) ESPAÑA: LEY 43/1995 de 27 de diciembre, por la que se aprueba el Impuesto sobre Sociedades, *B.O.E.* N. 310, de 28 de diciembre, arts. Disposición derogatoria 1.4 y 1.8.

Aunque hay que tener en cuenta la regulación específica aplicable a las cooperativas de segundo y ulterior grado, así como a otras formas de concentración (las cuales son tratadas más abajo al hacer referencia a estos procesos integradores), el actual régimen tributario de las sociedades cooperativas viene determinado por dos normas fundamentales:

- La Ley 20/1990 sobre el régimen fiscal de las sociedades cooperativas (168).
- La Ley Foral de Navarra 9/1994 sobre el régimen fiscal de las cooperativas incluidas en su ámbito de aplicación, cuyo contenido es prácticamente idéntico al de la norma estatal (169).

De una forma global la aplicación de las citadas normas tiene las siguientes características:

- Su objetivo es fomentar las sociedades cooperativas en virtud de sus características, y función social.
- Incluye normas de ajuste a la regulación general, de forma que se adapte a las peculiaridades de estas entidades.
- Tiene carácter supletorio con respecto al régimen tributario general.

Dada la similitud entre la normativa tributaria estatal y foral, a partir de este momento sólo se hace referencia a la primera. De la misma forma, y por la gran amplitud de aspectos fiscales, el análisis tributario se refiere únicamente a las particularidades de las sociedades cooperativas del sector de la salud con respecto al régimen general.

Estas particularidades permiten clasificar a las sociedades cooperativas en cuanto a su tratamiento fiscal, analizando los beneficios tributarios aplicables, y sus implicaciones para los socios y asociados.

#### 4.3.6.1.1. Clasificación a efectos fiscales de las sociedades cooperativas del sector de la salud.

Desde el punto de vista fiscal las sociedades cooperativas se pueden clasificar en tres grupos (170):

- A) Cooperativas no protegidas.
- B) Cooperativas fiscalmente protegidas.
- C) Cooperativas especialmente protegidas.

---

(168) ESPAÑA: LEY 20/1990..., "Opus cit".

(169) COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA: LEY FORAL 9/1994 de 21 de junio, reguladora del régimen fiscal de las cooperativas, B.O.E. N. 209, 1 de septiembre.

(170) ESPAÑA: LEY 20/1990..., "Opus cit", art. 1, en el que se introducen las sociedades cooperativas especialmente protegidas con respecto al Estatuto fiscal de 1969.

#### A) Cooperativas no protegidas.

Se encuentran incluidas en este grupo las sociedades cooperativas que no sean ni protegidas ni especialmente protegidas. La pérdida de acceso a los beneficios fiscales derivados de la protección se produce por el incumplimiento de alguno de los siguientes requisitos (171):

- Falta de dotación de fondos obligatorios.
- Aplicaciones del Fondo de Educación y Promoción a fines diferentes a los previstos.
- Incumplimiento de las normas para la regularización de balances o de la actualización de aportaciones.
- Distribución de fondos de reserva irrepartibles.
- Acreditación de retornos cooperativos, y aportaciones de socios y/o asociados en cantidades no autorizadas.
- Imputación incorrecta o falta de imputación de pérdidas.
- Exceso en las aportaciones de socios y/o asociados.
- Participación en el capital social de entidades no cooperativas en un porcentaje superior al 10%. Este límite se eleva al 50% de los recursos propios de la sociedad cooperativa cuando las citadas entidades realicen actividades complementarias, preparatorias o subordinadas. También puede aumentarse si lo autoriza el Ministerio de Economía y Hacienda, con el fin de facilitar el mejor cumplimiento de los fines cooperativos.
- Realización de operaciones cooperativizadas con terceros fuera de los límites establecidos, así como no seguir las normas de contabilización.
- Existencia de un mayor número de trabajadores asalariados del permitido.
- Número de socios, o cifra de capital social inferior a los mínimos fijados en cada caso.
- Paralización de la actividad cooperativizada, o la conclusión de la tarea que constituye su objeto.
- Falta de auditoría externa.

Los requisitos para poder acceder a la protección fiscal en su grado mínimo no son muy exigentes, ya que el incumplimiento de muchos de estos principios afecta al funcionamiento de las sociedades cooperativas, e incluso es causa de su disolución. Las cooperativas que infrinjan uno o más de los mismos no pueden acceder a los beneficios fiscales de las incluidas en los otros dos grupos, aunque si le son aplicables los ajustes fiscales que se analizan más abajo para determinar su base imponible.

---

(171) "Ibíd.", art. 13.



#### B) Sociedades cooperativas fiscalmente protegidas.

Reciben este tratamiento las cooperativas cuya constitución y funcionamiento se ajusta a los principios de la Ley General de Cooperativas de 1987 y a las normativas autonómicas aplicables en cada caso. Por tanto esta condición se mantiene mientras no se incumpla alguno de los requisitos señalados más arriba.

*Esta protección se consigue ejercicio por ejercicio, aplicándose sus beneficios sin necesidad de declaración administrativa previa sobre si procede o no su disfrute. La comprobación del cumplimiento de los requisitos corresponde al Ministerio de Economía y Hacienda.*

#### C) Sociedades cooperativas especialmente protegidas.

Las sociedades cooperativas especialmente protegidas son enumeradas con un criterio cerrado. Entre las diferentes modalidades incluidas aparecen las cooperativas de trabajo asociado, y por tanto la modalidad sanitaria de las mismas, y las de consumidores y usuarios, entre las que se encuentran las de hospitalización o promoción, construcción, gestión y administración de instalaciones sanitarias. Las peculiaridades para poder acceder a esta protección son analizadas más abajo al determinar las particularidades en función de la actividad realizada. Sin embargo, hay que reseñar que las cooperativas de distribución farmacéutica y las sanitarias de seguros no se incluyen en este grupo.

Para beneficiarse de este segundo grado de protección son aplicables en las mismas condiciones señaladas, con respecto a las sociedades cooperativas protegidas, en cuanto a la no necesidad de declaración administrativa.

Por tanto, las cooperativas sanitarias de trabajo asociado y las de instalaciones sanitarias, pueden acceder a las ventajas de las sociedades cooperativas especialmente protegidas. Tienen la capacidad de alcanzar los beneficios de la protección en su primer nivel, cualquiera de las sociedades cooperativas de este sector, simplemente cumpliendo los requisitos a los que se ha hecho mención más arriba. Por último indicar, que no cumplir estos requisitos puede llevar a las cooperativas sanitarias de trabajo asociado y a las de instalaciones sanitarias a no tener derecho a disfrutar de ninguna protección fiscal (cuadro 51).

CUADRO 51. POSIBLE PROTECCION FISCAL DE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD.

CLASE		NO PROTEGIDAS	FISCALMENTE PROTEGIDAS	ESPECIALMENTE PROTEGIDAS
S E G	PRIMA FIJA	SI	SI	NO
	PRIMA VARIABLE	SI	SI	NO
TRABAJO ASOCIADO		SI	SI	SI
INST. SANITARIAS		SI	SI	SI
FARMACEUTICAS		SI	SI	NO

La pertenencia a uno de los mencionados grupos de protección condiciona los beneficios fiscales aplicables a cada sociedad cooperativa del sector de la salud.

#### 4.3.6.1.2. Beneficios fiscales.

A las sociedades cooperativas les son aplicables normas puntuales de excepción con relación al régimen general (172). Con ello se pretende ajustar los resultados contables y económicos a los fiscales, encontrándose fundamentalmente los beneficios tributarios en deducciones en los tipos y en la cuotas a pagar.

Dada la importancia del Impuesto sobre Sociedades y el elevado número de peculiaridades que se incluyen para su determinación, se analiza esta figura tributaria de forma independiente, incluyendo el resto de impuestos en un segundo grupo.

##### 4.3.6.1.2.1. El Impuesto sobre Sociedades.

A la hora de establecer las particularidades que afectan a las sociedades cooperativas del sector de la salud en el Impuesto sobre Sociedades (173), el primer paso consiste en determinar la base imponible, para luego aplicar el tipo impositivo y efectuar las correspondientes deducciones.

(172) J. DIVAR y J.M. MERINO: "La nueva mercantilidad y fiscalidad cooperativa", en VARIOS: *Anuario de Estudios Cooperativos* 1993, Instituto de Estudios Cooperativos, Bilbao, 1994, p. 49.

(173) ESPAÑA: LEY 43/1995..., "Opus cit".

#### 4.3.6.1.2.1.1. Base imponible.

El cálculo de la deuda tributaria por el Impuesto sobre Sociedades de todas las cooperativas, independientemente de su grado de protección, requiere la realización de un ajuste que consiste en diferenciar entre:

- Resultados cooperativos (RC).
- Resultados extracooperativos (REC).

Para determinar ambos resultados, las operaciones cooperativizadas se valoran a precio de mercado, entendiéndose como tal, el precio normal de los bienes y servicios concertado entre partes independientes. En el caso de las cooperativas de instalaciones sanitarias, al pertenecer a las de consumidores y usuarios, se toma como coste de mercado aquel por el que se hubiesen realizado efectivamente, siempre que no resulte inferior a su coste incluida la parte de los costes generales de la sociedad cooperativa que se le imputan.

##### A) Resultados cooperativos.

Se calculan restando a los ingresos cooperativos (IC) los gastos cooperativos (GC) necesarios para su obtención.

$$RC = IC - GC$$

Así, son ingresos cooperativos los siguientes:

- Los procedentes de la actividad cooperativizada con los socios (ICac).
- Las cuotas periódicas satisfechas por los socios (ICcp).
- Las subvenciones corrientes y las imputaciones al ejercicio económico de las subvenciones de capital (ICs).
- Los intereses y retornos procedentes de la participación de la sociedad cooperativa en otras sociedades también cooperativas (ICpc).
- Los ingresos financieros originados en la gestión de tesorería ordinaria necesaria para realizar la actividad cooperativizada (ICt).

De esta forma los ingresos cooperativos desde el punto de vista fiscal pueden expresarse de la siguiente forma:

$$IC = ICac + ICcp + ICs + ICpc + ICt$$

Por su parte son gastos cooperativos, además de la imputación de la parte de los gastos generales que corresponda a los ingresos cooperativos (GCgg), los siguientes gastos específicos:

- La dotación obligatoria al Fondo de Educación y Promoción (GCfep), hasta el límite del 30% de los excedentes netos del ejercicio (174).
- Los intereses de las aportaciones obligatorias o voluntarias al capital social (GCia), devengados por los socios y asociados, siempre que no superen los límites mencionados más arriba al tratar estas figuras (3 y 5 puntos sobre el tipo de interés básico del banco de España respectivamente).
- La entrega por los socios a la sociedad cooperativa de bienes, servicios o suministros, las rentas de los bienes cuyo goce hayan sido cedidas por éstos a la cooperativa, y las retribuciones por las aportaciones de los socios, todas ellas valoradas a precio de mercado (GCas).

Por tanto el conjunto de gastos deducibles en la base imponible de los resultados cooperativos puede manifestarse según la siguiente expresión:

$$GC = GC_{gg} + GC_{fep} + GC_{ia} + GC_{as}$$

Dentro de los gastos generales hay que tener en cuenta que únicamente las sociedades cooperativas protegidas y especialmente protegidas tienen libertad para amortizar los elementos nuevos adquiridos en el plazo de tres años a partir de su inscripción, ya sea en el Registro de Cooperativas y Sociedades Anónimas Laborales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, o, en su caso, en el de las Comunidades Autónomas. De esta forma se consigue un mayor margen de actuación con respecto al régimen general a la hora de realizar las deducciones por amortización en la base imponible (DA). Sin embargo la libertad no es total, ya que una vez realizada la amortización normal, en cuantía no inferior a la mínima, la deducción no puede superar el saldo de la cuenta de resultados (CR) menos las cantidades aplicadas obligatoriamente al Fondo de Reserva Obligatorio (CRfro) y a las participaciones del personal asalariado (CRppa) (175).

$$DA \leq CR - (CR_{fro} + CR_{ppa})$$

---

(174) Sobre esta deducción, cuya cuantía exacta se encuentra recogida en la LEY 20/1990, puede verse: J. F. JULIA IGUAL y R. J. SERVER IZQUIERDO: **Manual de fiscalidad de cooperativas**, Pirámide, Madrid, 1991, pp. 93 y 94.

(175) Para profundizar en la amortización en el Impuesto sobre la Renta de Sociedades Véase: E. ALBI IBAÑEZ y J.L. GARCIA ARIZNAVARRETA: **Sistema Fiscal Español**, Ariel Economía, Barcelona 1990, pp. 327-332.

## B) Resultados extracooperativos (REC).

Se obtienen imputando a los ingresos extracooperativos (IEC) los gastos necesarios para su obtención (GEC).

$$REC = IEC - GEC$$

En este resultado se incluyen, básicamente, los derivados de las operaciones extracooperativas y de las operaciones ordinarias con terceros no socios, a las que se ha hecho referencia al estudiar el resultado cooperativo. Desde la óptica fiscal hay que considerar:

### B.1) Ingresos extracooperativos:

- Los que proceden de la actividad cooperativizada con los no socios (IECac).
- Los incrementos patrimoniales (IECip).
- Los obtenidos de fuentes ajenas a los fines específicos de la cooperativa, a excepción de los conseguidos a través de sociedades cooperativas de crédito o mediante inversiones en fondos públicos y valores emitidos por empresas públicas (IECnc).
- Los ingresos procedentes de inversiones o participaciones financieras en sociedades no cooperativas (IECif).

Según la formulación anterior los ingresos extracooperativos pueden representarse de la siguiente forma:

$$IEC = IECac + IECip + IECnc + IECif$$

B.2) Gastos extracooperativos. Son todos aquellos gastos específicos para la obtención de los citados ingresos (GECe), más la parte de los gastos generales que se imputen a los mismos (GECgg), y las disminuciones patrimoniales (GECdp). Su expresión es la siguiente:

$$GEC = GECe + GECgg + GECdp$$

Una vez calculados los rendimientos cooperativos y extracooperativos la base imponible resultante de ambos se minora en el 50% de la parte de los mismos que se destine obligatoriamente al Fondo de Reserva Obligatorio. De esta forma la base imponible de los resultados cooperativos (BIRC) y la base imponible de los resultados extracooperativos (BIREC) se expresan de la siguiente manera:

$$BIRC = (ICac + ICcp + ICs + ICpc + ICpc + ICt) - \\ -(GCgg + GCep + GCia + GCas) - (50\%FRO_{RC})$$

Agrupando términos se obtiene que:

$$BIRC = IC - GC - (50\%FRO_{RC}) = RC - (50\%FRO_{RC})$$

De la misma forma:

$$BIREC = (IECac + IECip + IECnc + IECif) - (GECe + GECdp + \\ + GECgg) - (50\%FRO_{REC})$$

$$BIREC = IEC - GEC - (50\% FRO_{REC}) = REC - (50\% FRO_{REC})$$

Siendo respectivamente  $(50\% FRO_{RC})$  y  $(50\% FRO_{REC})$  la parte de los resultados cooperativos y extracooperativos destinados al Fondo de Reserva Obligatorio. Esta deducción tiene especial importancia en la base imponible de los resultados extracooperativos, ya que el destino de los mismos es el Fondo de Reserva Obligatorio, mientras que la parte de los resultados cooperativos destinados al citado fondo es porcentualmente más limitada.

#### 4.3.6.1.2.1.2. Tipo impositivo.

A la base imponible, positiva o negativa, de cada uno de los resultados se le aplican los siguientes tipos impositivos (cuadro 52):

- A la base imponible correspondiente a los resultados cooperativos:

\* El 20% para las sociedades cooperativas protegidas y especialmente protegidas.

\* El tipo general (35%) en las sociedades cooperativas no protegidas.

- A la base imponible obtenida con los resultados extracooperativos se aplica:

\* El tipo general (35%) en todos los casos.

CUADRO 52. TIPO IMPOSITIVO APLICABLE EN EL IMPUESTO DE SOCIEDADES.

BASE IMPONIBLE	COOP. NO PROTEGIDAS	COOP. PROTEGIDAS	C. ESPEC. PROTEGIDAS
R. COOPERATIVOS	35%	20%	20%
R. EXTRACOOPT.	35%	35%	35%

Por tanto, en la aplicación del tipo de gravamen las sociedades cooperativas no protegidas no obtienen ningún beneficio con respecto al resto de sociedades. Sin embargo, no ocurre lo mismo con las sociedades cooperativas protegidas y las especialmente protegidas, para las que se reduce de un 35% a un 20%

el tipo aplicable únicamente a los resultados cooperativos. Hay que hacer notar que la citada reducción se aplica con igual criterio para los dos niveles de protección, por lo que ambas reciben el mismo tratamiento fiscal a la hora de determinar el tipo impositivo. Esta medida pierde parte de su eficacia en la modalidad sanitaria de trabajo asociado, ya que la esencia de estas entidades corresponde a las operaciones realizadas con los terceros usuarios de salud.

#### 4.3.6.1.2.1.3. Cálculo de la cuota íntegra y deducciones.

La suma de las cantidades resultantes de aplicar a las bases imponibles los tipos que correspondan, determina la cuota íntegra (CI) cuando resulte positiva. En caso de que la suma tenga un resultado negativo, éste puede compensarse con cuotas íntegras positivas de los siete años siguientes y consecutivos (176).

SI:  $(*\%) + \text{BIREC}(35\%) > 0$   $\text{CI} = \text{BIRC}(*\%) + \text{BIREC}(35\%)$

SI:  $\text{BIRC}(*\%) + \text{BIREC}(35\%) < 0$  COMPENSACION CI 5 EJ.

$(*\%)$  Puede ser del 20% o del 35% según la protección de la cooperativa.

El citado procedimiento sustituye al incluido en el Impuesto sobre Sociedades (177), que permite la compensación de bases imponibles negativas, por lo que éstas son compensadas antes de aplicar el tipo impositivo. El motivo de la mencionada diferencia es la posibilidad de las sociedades cooperativas, de aplicar diferentes tipos impositivos en función del origen de la base imponible.

La diferencia esencial en el tratamiento fiscal de las sociedades cooperativas protegidas y especialmente protegidas en el Impuesto sobre Sociedades consiste en que estas últimas se benefician de una bonificación del 50% en el importe de la cuota íntegra ( $D50\%CI$ ). Esta bonificación se aplica tanto a los resultados cooperativos como a los extracooperativos, a los que, según lo dispuesto en el Impuesto sobre Sociedades de 1978 (178), no se venían aplicando. Con ello se benefician las cooperativas sanitarias de trabajo asociado ya que, como se ha mencionado, su actividad cooperativizada se realiza en su mayor parte con terceros no socios (179). Existe la casi irrealizable posibilidad de recibir una bonificación del 90% de la cuota íntegra, si la cooperativa sanitaria de trabajo asociado está formada por, al menos, la mitad de socios minusválidos, y que además éstos, en el momento de la constitución de la cooperativa, se encuentren en paro.

---

(176) La posibilidad de esta compensación por siete años es una de las novedades de la Ley 43/1995, ya que en la regulación de 1978 el período establecido era de cinco ejercicios.

(177) ESPAÑA: LEY 43/1995..., "Opus cit", art. 23.

(178) ESPAÑA: LEY 61/1978..., "Opus cit", art. 25,b, derogado por la LEY 20/1990..., "Opus cit", disposición final primera.

(179) J. GUTIERREZ DEL ALAMO Y MAHOU, *Estudio Jurídico...*, "Opus cit", p. 303, analiza la anterior regulación en la citada bonificación.

Además, existen otras deducciones en la cuota íntegra (DGCI), en las que hay que señalar tres diferencias con el régimen general:

- En las deducciones por doble imposición de dividendos y retornos cooperativos, o por doble imposición internacional, se aplica el tipo gravamen correspondiente a los rendimientos cooperativos o extracooperativos que la originan.
- La deducción por creación de empleo, además de a los supuestos generalmente aplicables, afecta también a la admisión definitiva, una vez superado el período de prueba, de los nuevos socios de las cooperativas sanitarias de trabajo asociado, así como a los socios de trabajo del resto de sociedades cooperativas del sector de la salud.
- La libertad de amortización en el caso de los dos grados de protección es compatible, para los mismos elementos, con las deducciones por inversiones realizadas según el régimen general.

Por tanto la cuota líquida (CL) en el caso de que la suma de las bases imponibles cooperativa y extracooperativa sean positivas queda de la siguiente manera, diferenciando si se trata de sociedades cooperativas especialmente protegidas o no:

$$CI = BIRC + BIREC$$

En las sociedades cooperativas especialmente protegidas:

$$CL = CI - DGCI - D50\%CI$$

En las sociedades cooperativas sin protección especial:

$$CL = CI - DGCI$$

#### *4.3.6.1.2.2. Otros tributos.*

Además de los beneficios fiscales en el Impuesto sobre Sociedades, las sociedades cooperativas protegidas y especialmente protegidas, independientemente de su actividad, también gozan de una serie de ventajas fiscales en otros tributos. Así hay que mencionar el Impuesto Sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, el Impuesto sobre Actividades Económicas, el Impuesto General sobre el Tráfico de Empresas y el Impuesto sobre el Valor Añadido.



A) Impuesto Sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados (180).

A.1) Las sociedades cooperativas fiscalmente protegidas.

Están exentas de este impuesto excepto por las siguientes operaciones:

- Constitución, ampliación de capital, fusión y escisión.
- Constitución y cancelación de préstamos.
- Adquisición de bienes y derechos que integren el Fondo de Educación y Promoción para el cumplimiento de sus fines.

A.2) Las sociedades cooperativas especialmente protegidas.

Además de los beneficios reseñados para las sociedades cooperativas protegidas, gozan de exención en el tercer punto mencionado más arriba.

B) Impuesto sobre Actividades Económicas (181).

Tanto las sociedades cooperativas protegidas como las especialmente protegidas tienen una bonificación del 95% de la cuota de este impuesto de ámbito local.

C) Impuesto General sobre el Tráfico de Empresas (182).

Por las operaciones sujetas a este impuesto, únicamente vigente en Ceuta, Melilla y Canarias, están exentas las sociedades cooperativas protegidas en los dos niveles, siempre y cuando sean realizadas entre sí por cooperativas, o con sus socios en Canarias, Ceuta o Melilla.

D) El Impuesto sobre el Valor Añadido (183).

Como beneficio aplicable a todas las sociedades cooperativas en este tributo, hay que señalar que los servicios prestados a las mismas por sus socios no están sujetos al impuesto. Sin embargo, otros aspectos de la aplicación del Impuesto sobre el Valor Añadido si se encuentran sujetos a dicho tributo, dependiendo de la actividad económica de cada una de ellas. Estas características son analizadas más abajo al estudiar las implicaciones de las mismas.

---

(180) ESPAÑA: REAL DECRETO 1/1993 de 24 de septiembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, **B.O.E.** N. 251, de 20 de octubre, art. 45, 17, 15.

(181) ESPAÑA: REAL DECRETO 1175/1990 de 28 de septiembre, sobre tarifas e instrucción del Impuesto sobre Actividades Económicas, **B.O.E.** N. 234, de 29 de septiembre.

(182) ESPAÑA: DECRETO 3314/1966 de 24 de diciembre, sobre el Impuesto General sobre el tráfico de las Empresas, **B.O.E.** N. 31, de 6 de febrero de 1967; y REAL DECRETO 2609/1981 de 19 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto General sobre el tráfico de las Empresas, **B.B.O.O.E.** Ns. 265-266 de 5 y 6 de noviembre, derogado excepto para Ceuta y Melilla por LEY 30/1985 de 2 de agosto, del Impuesto sobre el Valor Añadido, **B.O.E.** N. 190, de 9 de septiembre.

(183) ESPAÑA: LEY 37/1992 de 28 de diciembre, del Impuesto sobre el Valor Añadido, **B.O.E.** N. 312, de 29 de diciembre, art. 7.6º, y ESPAÑA: REAL DECRETO 1624/1992 de 29 de diciembre, por el que aprueba el Reglamento del Impuesto sobre el Valor Añadido, **B.O.E.** N. 314, de 31 de diciembre,

#### **4.3.6.2. Aplicación del régimen fiscal en función de la actividad realizada.**

Una vez analizados los beneficios fiscales aplicables a las sociedades cooperativas por su naturaleza como tales, el estudio de la tributación tiene que ser completado con el estudio de las implicaciones de las diferentes actividades realizadas por las cooperativas del sector de la salud. Por este motivo se analizan de forma separada las repercusiones impositivas para las cooperativas de asistencia sanitaria y las de distribución farmacéutica.

##### **4.3.6.2.1. Particularidades de las cooperativas de asistencia sanitaria.**

Dentro del variado grupo de entidades incluidas dentro de las cooperativas de asistencia sanitaria, hay que tener en cuenta dos elementos que determinan, en función de la actividad realizada, su tratamiento fiscal: las condiciones para acceder a la protección fiscal analizada más arriba y el tratamiento en el Impuesto sobre el Valor Añadido. Con relación al último aspecto señalado, a partir de este momento sólo se hace referencia a las características aplicables en función de la actividad realizada dentro del sector de la salud. Estas características son independientes de la no sujeción de los servicios prestados por los socios que afecta a todas las sociedades cooperativas.

##### **A) La protección fiscal en función de la actividad realizada.**

Todas las cooperativas sanitarias pueden lograr la protección fiscal siempre y cuando cumplan las condiciones mencionadas más arriba. Sin embargo, las sanitarias de trabajo asociado y las de instalaciones sanitarias, tienen la posibilidad de acceder a los beneficios derivados de la protección especial. Para ello deben cumplir una serie de requisitos:

##### **A.1) Cooperativas sanitarias de trabajo asociado especialmente protegidas.**

Para acceder al segundo grado de protección es necesario que cumplan las siguientes condiciones:

- Que asocien a personas físicas, cuyo trabajo personal sea la producción de bienes y servicios para terceros. En este caso los socios son médicos, y realizan la prestación de su trabajo como facultativos a los terceros, usuarios de salud.
- El importe de sus retribuciones, incluyendo anticipos y retornos cooperativos, no puede superar el 200% de la media de retribuciones normales, en el mismo sector de

actividad que recibirían si fueran trabajadores por cuenta ajena. Dado el principio de medicina social que rige en este tipo de cooperativas es factible cumplir el segundo requisito.

- El número de trabajadores asalariados por tiempo indefinido no puede superar el 10% del número de socios. Únicamente cuando la cuantía de socios sea inferior a 10, es posible la contratación de un trabajador asalariado. Esta limitación permite utilizar trabajadores por cuenta ajena con cualquier forma de contratación, siempre que el número de jornadas legales efectuadas por éstos durante el ejercicio económico, no supere el 20% del total de jornadas realizadas por los socios (184).

#### A.2) Cooperativas de instalaciones sanitarias especialmente protegidas.

Este tipo de sociedades cooperativas, incluidas dentro de las de consumidores y usuarios, tienen la posibilidad de alcanzar la protección fiscal especial si cumplen los siguientes requisitos:

- Que asocien a personas físicas, requisito esencial en este tipo de sociedades cooperativas, con el objeto de procurarles, en las mejores condiciones de precio, de calidad y de información, prestaciones que no estén sujetas al tipo incrementado del Impuesto sobre el Valor Añadido. Con la nueva Ley 37/1992 sobre el Impuesto sobre el Valor Añadido y su Reglamento (185) el tipo incrementado ha desaparecido, aunque, de todas formas, las prestaciones hospitalarias se encuentran exentas del citado tributo.
- Que las retribuciones totales de los socios de trabajo no superen el límite establecido más arriba para adquirir la protección especial por las cooperativas sanitarias de trabajo asociado.
- Las prestaciones de la sociedad cooperativa a terceros no socios no pueden superar el 10% de las realizadas, o el 50% si así lo establecen sus estatutos. Este requisito limita la posibilidad, en principio facultativa de los estatutos y sin tope máximo, de poder realizar operaciones con terceros.
- La anterior limitación y la relativa al número de operaciones con terceros para lograr la protección fiscal simple, no se aplican si cumplen las siguientes condiciones:
  - \* Tener un mínimo de 30 socios de trabajo y, por lo menos, 50 socios usuarios por cada socio de trabajo y,

---

(184) El cómputo de estos porcentajes se encuentra recogido en LEY 20/1990..., "Opus cit", art. 8.3.

(185) ESPAÑA: LEY 37/1992..., "Opus cit", art. 91; y ESPAÑA: REAL DECRETO 1624/1992..., "Opus cit", art. 26.

\* cumplir con las exigencias, referentes al número de trabajadores con contrato por tiempo indefinido, señaladas para que las cooperativas sanitarias de trabajo asociado logren la protección especial.

B) Aplicación del Impuesto sobre el Valor Añadido a la actividad de las cooperativas de asistencia sanitaria.

La actividad de estas sociedades cooperativas también tiene importantes implicaciones fiscales a la hora de analizar el Impuesto sobre el Valor Añadido (186).

Tanto las operaciones de seguro de asistencia sanitaria, realizadas por las cooperativas a prima fija y a prima variable, como las prestaciones sanitarias efectuadas por las restantes sociedades cooperativas incluidas en este subsector, se consideran por el impuesto como prestaciones de servicios. Sin embargo, existen algunas diferencias en el tratamiento de unas y otras.

Mientras que todas las operaciones de seguros de asistencia sanitaria se encuentran exentas del impuesto, en la prestación de servicios médicos la exención sólo afecta a las realizadas por entidades colaboradoras de la Seguridad Social, y a la asistencia a personas físicas por médicos o personal sanitario (187).

Las exenciones en este tributo son, generalmente, una sanción para el sujeto pasivo del impuesto, ya que no permite deducirse el IVA soportado (188). Sin embargo al situarse la exención en la fase inmediatamente anterior a la prestación del servicio al consumidor, las cooperativas de asistencia sanitaria tienen la posibilidad de, manteniendo el margen de beneficio, realizar seguros o prestaciones más baratos que en el caso de que la operación esté sujeta (cuadro 53).

---

(186) Sobre la repercusión del I.V.A. en la sanidad pública puede verse: INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD: "Aplicación del I.V.A. en el INSALUD", Documento de Régimen Interior, Serie 11, N. 1487, INSALUD, 1986.

(187) ESPAÑA: LEY 37/1992..., "Opus cit", art. 20.3º.7º.16º.

(188) E. FUENTES QUINTANA: Hacienda Pública..., "Opus cit", p. 339.

CUADRO 53. CONSECUENCIAS DE LA EXENCION DEL IVA EN LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DE ASISTENCIA SANITARIA (Tipo impositivo IVA 16%).

SIN EXENCION				CON EXENCION			
		IVA				IVA	
		SOP	REP			SOP	REP
COMPRAS	50+	8		COMPRAS	50+	8	
BENEFICIO	150			BENEFICIO	150		
PERC. VENTA	200+		32	PREC. VENTA	200+		32
		24				24	
		IVA				IVA	
		SOP	REP			SOP	REP
COMPRAS	200+	32		COMPRAS	232+	-	
BENEFICIO	200			BENEFICIO	200		
PREC. SG/AS	400+		64	PREC. SG/AS	432+		-
		32				-	
PRECIO USUARIO		464				432	
INGRESO TESORO (IVA)		56				24	

En el cuadro 53 se representa la evolución del precio de un seguro de asistencia sanitaria o de la prestación sanitaria en los supuestos de que esta operación se encuentre o no exenta del IVA. En ambos casos se toma una primera fase en la que se soporta un impuesto por valor de 8 pesetas y se repercuten 32, sobre un precio de venta de 200 pesetas, que son soportadas por las cooperativas de asistencia sanitaria. Este precio es el que, en el ejemplo, le cuestan a la sociedad cooperativa los bienes y servicios necesarios para realizar la prestación sanitaria. En el caso de que la sociedad cooperativa quiera mantener un margen de 200 pesetas se puede observar:

- Si la prestación no está exenta el precio final es de 464.
- Al encontrarse exenta es de 432, aún incorporando las 15 pesetas de IVA no deducibles al citado precio.

Por otra parte hay que considerar que se produce una disminución en la cantidad, que en concepto de IVA, recauda el Tesoro Público (56-24). Esta ventaja fiscal no sería aplicable si la fase exenta fuera una de las intermedias, ya que la empresa tendría que elegir entre trasladar el IVA no deducible al precio, o reducir su margen de beneficio.

#### 4.3.6.2.2. Particularidades de las cooperativas de distribución farmacéutica.

La misma división, entre protección fiscal e Impuesto sobre el Valor Añadido, que se ha realizado al analizar las implicaciones impositivas a la actividad de la asistencia sanitaria, va a ser utilizada para las cooperativas de distribución farmacéutica.

##### A) La protección fiscal en función de la actividad realizada.

Las cooperativas de distribución farmacéutica, por su actividad, únicamente pueden lograr la protección fiscal en su primer grado. Pero es precisamente su actividad la que les confiere un tratamiento muy especial con respecto al Impuesto sobre el Valor Añadido.

##### B) Aplicación del Impuesto sobre el Valor Añadido en la distribución farmacéutica.

La entrega de los productos farmacéuticos a las oficinas de farmacia realizada por las sociedades cooperativas, como mediadores entre las primeras y los laboratorios se encuentra sujeta al Impuesto sobre el Valor Añadido. Incluso en los casos de exención de las prestaciones sanitarias realizadas por entidades de Derecho público, por la Seguridad Social o por entidades colaboradoras, se excluye de dicha exención la entrega de medicamentos que se realice fuera de los centros hospitalarios, y las producidas a cargo de la Seguridad Social.

El tratamiento especial de las cooperativas de distribución farmacéutica en este impuesto se debe a la naturaleza de los productos objeto de distribución. La influencia es tal que se exige, a las especialidades farmacéuticas, indicar en su cartón, fuera del cupón precinto de la Seguridad Social, el precio de venta al público (PVP) y el mismo precio incluido IVA (PVP-IVA).

Esta naturaleza especial hizo que ya, la normativa del IVA de 1985 (189) aplicara a los medicamentos y al material sanitario el tipo reducido (entonces del 6%). Sin embargo, la normalización europea de este impuesto llevó a la modificación de los tipos impositivos en 1992 (190), y a un reciente ajuste de los mismos mediante la Ley de aprobación de los Presupuestos Generales del Estado para 1995, con vigor a partir del 1 de enero del citado año (191).

---

(189) ESPAÑA: LEY 30/1985..., "Opus cit", art. 28.5º; y ESPAÑA: REAL DECRETO 2028/1985 de 30 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento sobre el Impuesto sobre el Valor Añadido, B.O.E. N. 261, de 24 de diciembre, art. 57.5º.

(190) ESPAÑA: LEY 37/1992..., "Opus cit", arts. 90, 91.Uno.5º, Dos.8º.

(191) ESPAÑA: LEY 41/1994 de 30 de diciembre, por la que se aprueban los Presupuestos Generales del Estado para 1995, B.O.E. N. 313, de 31 de diciembre, arts. 78.primer, y 78.segundo.

De esta forma se establecen los siguientes tipos impositivos:

- El 4%, a las especialidades farmacéuticas, los preparados oficiales, las fórmulas magistrales, y las sustancias medicinales utilizadas con fines médicos en la obtención de los citados productos. Excluidos cosméticos y productos de uso higiénico.
- El 7%, a las especialidades farmacéuticas de uso veterinario, así como en los productos sanitarios, material, e instrumental útiles para prevenir o curar enfermedades o dolencias del hombre o de los animales.
- El 16%, al resto de productos distribuidos por estas sociedades cooperativas.

Si se tienen en cuenta los márgenes máximos permitidos a los almacenes y a las oficinas de farmacia, y se considera un único tipo impositivo del 4% para todas las operaciones realizadas desde la fabricación a la venta de un producto farmacéutico, la evolución del precio y del IVA se encuentra recogida en el cuadro 54.

CUADRO 54. EVOLUCION DEL PRECIO Y DEL IVA EN UNA ESPECIALIDAD FARMACEUTICA.

LABORATORIO		IVA	
		SOP	REP
COSTE	40+	-	
VALOR AÑADIDO	60		
PRECIO VENTA	100+		4
PAGO POR IVA		4	
COOPERATIVA		IVA	
		SOP	REP
COSTE	100+	4	
BENEFICIO (12%)	12		
PRECIO VENTA	112+		4,48
PAGO POR IVA		0,48	
FARMACIA		IVA	
		SOP	REP
COSTE	112+	4,48	
BENEFICIO (30%)	33,6		
PRECIO VENTA	145,6+		5,82
PAGO POR IVA		1,34	
PRECIO FINAL PUBLICO (IVA INCLUIDO)		151,42	
INGRESO TOTAL AL TESORO POR IVA		5,82	
IVA SOPORTADO POR CONSUMIDOR		5,82	

En el ejemplo cuadro 54 se parte del supuesto de que el precio fijado para el laboratorio es de 100 pesetas, y que el mismo no soporta IVA por la adquisición de las materias primas necesarias

para la fabricación de los productos farmacéuticos. En el caso de que adquiriera dichos factores de otras entidades estas últimas repercutirían un IVA de 1,6 (4% sobre 40) que sería ingresado por las mismas al tesoro. Esta situación hace que 1,6 pesetas sean IVA soportado para el laboratorio, por lo que dicha cantidad se deduciría de las 4 pesetas que repercute, ingresando al tesoro sólo 2,4 pesetas. En ambos casos tanto el precio final, como la cifra soportada por el consumidor, y la cantidad ingresada en concepto de IVA no se modifican, aunque sí lo hacen las entidades que tributan por el impuesto.

A partir de este momento se calculan los precios de venta de la sociedad cooperativa y de los farmacéuticos suponiendo que ambos aplican totalmente sus márgenes de beneficio (12% y 30% respectivamente). El precio para el consumidor, IVA incluido, resultante es de 151,42 pesetas, y la cantidad a ingresar entre las entidades implicadas en este proceso es de 5,82 pesetas. Esta cuantía coincide con la cifra soportada por el consumidor (4% de 145,6).

#### ***4.3.6.3. Implicaciones para los socios y asociados.***

El régimen fiscal de las sociedades cooperativas del sector de la salud tiene una serie de implicaciones sobre los socios y asociados de las mismas. Estas se reflejan en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, en el de la Renta de Sociedades cuando los socios sean sociedades, en el Impuesto Extraordinario sobre el Patrimonio y en el Impuesto sobre el Valor Añadido.

##### **A) Impuesto de sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).**

Cuando el sujeto pasivo de este impuesto sea socio de una cooperativa es de aplicación lo siguiente:

- Las pérdidas sociales atribuidas a los socios no se deducen en la base imponible.
- En la determinación de la variación patrimonial procedente de transmisión o reembolso de aportaciones sociales, se añade el coste de adquisición, las cuotas de ingreso y las pérdidas de la cooperativa atribuidas al socio en metálico, o compensadas con los retornos incluidos en el Fondo Especial Regulado por la Asamblea General (FERAG).



- Los retornos cooperativos sujetos a retención se consideran rendimientos del capital mobiliario. En este sentido la sociedad cooperativa debe retener, además de los rendimientos del trabajo personal, los retornos cooperativos excepto cuando:
  - \* Se incorporen al capital social como aportaciones del socio.
  - \* Se utilicen para compensar pérdidas de ejercicios anteriores.
  - \* Se incorporen al Fondo Especial regulado por la Asamblea General (FERAG), mientras no se devuelva al socio, éste cause baja, o se utilice para incrementar el capital social o satisfacer pérdidas.
- Tienen derecho a la doble deducción por dividendos por los retornos cooperativos. Esta deducción es del 10% en el caso general, y del 5% si se trata de una sociedad cooperativa especialmente protegida que haya aplicado la bonificación del 50% de la cuota.

#### B) Impuesto sobre la Renta de Sociedades.

Cuando el socio de una cooperativa esté sujeto al Impuesto sobre Sociedades puede realizar la deducción por doble imposición en los mismos términos señalados más arriba para los socios que tributan en el IRPF. La deducción del 5% no es aplicable a las sociedades cooperativas del sector de la salud, ya que las únicas que pueden ser especialmente protegidas (sanitarias de trabajo asociado, y de instalaciones sanitarias), sólo tienen como socios a personas físicas.

#### C) Impuesto Extraordinario sobre el Patrimonio.

A efectos de este impuesto, la valoración de las participaciones de los socios o asociados en el capital social de la cooperativa se determina en función del importe total de las aportaciones sociales desembolsadas, una vez deducidas las pérdidas sociales no reintegradas.

#### D) Impuesto sobre el Valor Añadido.

Para los socios trabajadores de las cooperativas sanitarias de trabajo asociado y los de trabajo del resto de cooperativas, los servicios prestados por éstos a sus cooperativas no se consideran como operaciones sujetas al IVA. Sin embargo, el efecto de este tributo varía en función de la actividad de la cooperativa de la que sé es socio.

La exención de las operaciones de seguro de asistencia sanitaria, hace que los socios asegurados de las cooperativas sanitarias a prima fija o variable, no soporten el IVA en sus primas. No ocurre lo mismo con los socios de las de trabajo asociado, para los que la exención de este impuesto significa la imposibilidad de descontar el IVA soportado.

Por su parte los socios farmacéuticos de las cooperativas de distribución del sector de la salud, son meros recaudadores del impuesto. Su labor se limita a descontar el IVA soportado del repercutido, e ingresar la diferencia al tesoro.

#### **4.3.7. Aspectos económicos en la constitución de las sociedades cooperativas.**

El reparto de los gastos necesarios para constituir una sociedad en más de un ejercicio económico, reduce la importancia económica de los mismos. Sin embargo, son un elemento económico más a tener en cuenta a la hora de elegir un modelo de sociedad. En este aspecto las sociedades cooperativas presentan las siguientes ventajas (192):

- Tienen una bonificación del 50% en los aranceles notariales, incluida la escritura de constitución.
- La actuación del Registro de Cooperativas, ante el proyecto de constitución de una cooperativa, no genera tasa alguna. Por lo que tanto la calificación de los Estatutos, como la inscripción de la Escritura Pública son gratuitas.
- No se exige un capital propio inicial, a excepción de las sanitarias de seguros como se ha mencionado más arriba, frente a lo que ocurre en otras sociedades.

---

(192) N. PAZ CANALEJO: *Concepto y evolución del cooperativismo de segundo y ulterior grado en la cooperación sanitaria*, Fundación Espriu, Barcelona 1992, pp. 125-127.

## 5. La integración en el sector de la salud.

### 5.1. La concentración económico empresarial.

La concentración económica es un concepto amplio del que la concentración empresarial es su principal manifestación, y cuyos aspectos más destacados, siguiendo a SUAREZ (1), son:

- A) El crecimiento empresarial en sentido estricto o crecimiento interno, resultado de la expansión natural de la empresa. No supone pérdida ni desaparición del grado de autonomía decisional de ninguna de las empresas afectadas (2).
- B) El crecimiento empresarial externo, resultante de la participación o adquisición de empresas de igual o diferente ramo.
- C) Las asociaciones o agrupaciones empresariales en las que las diferentes empresas siguen manteniendo su personalidad jurídica independiente, aunque en la práctica se encuentre limitada por las directrices de una dirección unitaria o por los compromisos derivados de la consecución de unos objetivos comunes.

La reunión de empresas para formar unidades de mayor tamaño es consecuencia del principio empresarial de crecimiento (3).

Por concentración económica se entiende una situación de mercado en la que unas pocas empresas dominan la mayor parte del mismo. De esta manera el grado de concentración será mayor cuanto menor sea el número de grandes empresas y, a la vez, mayor sea su tamaño, siendo posible distinguir, en función de los fines perseguidos, entre (4):

- A) Concentración técnica o industrial. Consiste en constituir unidades productivas, en busca de las economías de escala propias de unidades de producción de gran dimensión.

---

(1) A.S. SUAREZ SUAREZ: **Decisiones óptimas...**, "Opus cit", pp. 697-698.

(2) Véase: M. RIPOLLES MELIA: "El primer crecimiento empresarial distintos enfoques", **Actas VII Congreso Nacional y II Congreso Hispano-Francés (AEDEM)**, tomo. II, Córdoba, 2-4 junio 1993.

(3) Los efectos de la concentración empresarial sobre la organización son analizados por: V. TENA RODRIGUEZ: **La estructura organizativa...**, "Opus cit", pp. 515-526.

(4) A.S. SUAREZ SUAREZ: **Decisiones óptimas...**, "Opus cit", pp. 699-670.

B) Concentración financiera o concurrencial se da cuando la finalidad de la unión es limitar la competencia y aumentar de esta forma sus beneficios.

Por tanto, los fines primordiales perseguidos por la concentración económica consisten en aprovecharse de las economías de escala y reducir la competencia del mercado y consecuentemente aumentar sus beneficios. Sin embargo, el crecimiento de una empresa puede considerarse también como una de las reglas para conseguir la supervivencia con el objetivo de lograr una mayor implantación en el mercado. Esta regla deriva de un correcto discurrir de los flujos reales, informativo-decisionales y financieros, sin olvidar la importancia de una adecuada innovación (5).

Aunque el proceso de concentración económica reduce el número de empresas del mercado, no significa que unidades productivas jurídicamente independientes desaparezcan con la integración. Mientras que en la concentración técnica generalmente si desaparece la personalidad jurídica de las empresas implicadas, no ocurre lo mismo en el caso de la concentración financiera en la que las unidades de producción suelen conservarla. A este respecto "el termino concentración es,..., más general que el de integración; éste es para algunos autores la forma fuerte de aquél, si bien para otros muchos autores ambos términos son coincidentes" (6).

Tradicionalmente en el estudio de la capacidad de crecimiento empresarial se han diferenciado dos enfoques distintos: el análisis controlado y el análisis sostenido (7):

- El análisis controlado.

Se trata del máximo crecimiento que se puede soportar a partir de la capacidad de la estructura organizativa y de control de la empresa. Cuando el crecimiento empresarial es realizado sin contar con la adaptación de los sistemas de organización y control empresarial, puede producirse una expansión desequilibrada y descontrolada.

- El análisis sostenido.

Es el máximo beneficio que se está en condiciones de conseguir a partir de la retención de beneficios y consecuente aumento de la capacidad de endeudamiento. Se trata por tanto de la mayor capacidad de crecimiento que se puede sostener con unos recursos financieros limitados.

---

(5) Sobre este asunto puede consultarse: R. MARRIS: *The Economic Theory of "Managerial" Capitalism*, Macmillan, Londres, 1967.

(6) A.S. SUAREZ SUAREZ: *Decisiones óptimas...*, "Opus cit", p. 700.

(7) M. GUIADO TATO: "La cara oculta de la estructura financiera en las pequeñas empresas y su incidencia sobre la capacidad de crecimiento", *Revista de Economía y Empresa*, N. 15-16, Vol. VI, pp. 208 y 209.

La interacción de ambos enfoques lleva a analizar un crecimiento, con unas limitaciones financieras y en función de la estructura organizativa y de control de la empresa, adecuado a la nueva dimensión que va a adquirir la sociedad.

Considerando el crecimiento desde esta perspectiva integradora es posible plantearse sus causas y consecuencias tanto internas como externas.

### **5.1.1. Causas.**

Las causas que mueven a las empresas a buscar la concentración económico empresarial se encuentran en el entorno, a través de una situación de incertidumbre o de una mejora en las expectativas de negocio.

Según SUAREZ (8), la estrategia de fusiones y absorciones ha predominado sobre los acuerdos interempresariales, por la fragilidad de los últimos al ser denunciados o incumplidos por alguna de las partes. Los factores que determinan la fusión y absorción de empresas, en opinión del mismo autor, generalizados para cualquier tipo de concentración pueden recogerse en seis grupos:

- A) Economías operativas o de gestión. Se hacen más importantes cuando existe vinculación patrimonial, y especialmente cuando se produce una integración horizontal, mediante la eliminación de delegaciones duplicadas en la misma población, supresión de personal innecesario, creación de servicios comunes (como departamento de investigación y desarrollo, de promoción y publicidad), etc.
- B) Razones financieras. Una mayor dimensión permite, generalmente, acceder con mayor facilidad al mercado de crédito y de capitales.
- C) Razones comerciales. Desde el punto de vista comercial el crecimiento empresarial permite asegurarse el aprovisionamiento de ciertos factores, mediante una mayor presión sobre el mercado, así como la posibilidad de eludir las barreras arancelarias de terceros países.
- D) Razones fiscales. Una empresa con continuas pérdidas no puede beneficiarse de la opción, que presentan algunos países en su impuesto de sociedades, de compensar las mismas en los

---

(8) A.S. SUAREZ SUAREZ: **Decisiones óptimas...**, "Opus cit", pp. 717-719.

ejercicios siguientes. Para poder realizar la citada compensación puede fusionarse con otra empresa que obtenga beneficios suficientes para absorber las citadas pérdidas. Además suele existir una legislación fiscal generosa en el caso de concentración empresarial.

E) Diversificación y reducción de riesgos. La concentración empresarial, mediante un proceso de diversificación e integración sectorial y espacial, permite conseguir la reducción del riesgo sobre el beneficio (9). También una integración vertical u horizontal, con las empresas abastecedoras de materias primas o distribuidoras del producto final, permite la reducción del riesgo derivado de las variaciones producidas por la voluntad de los suministradores y agentes de venta externos al control de la empresa.

F) Razones técnicas y de personal. El desarrollo o patente de algún procedimiento industrial o innovación tecnológica, o la existencia de un personal muy cualificado dentro de una empresa, puede ser la causa de una concentración con otras entidades.

Las causas expuestas se explican fundamentalmente por los condicionantes que guían la economía internacional. Estos condicionantes, a juicio de GARCIA-GUTIERREZ son (10):

- El desarrollo de la tecnología de la computación.
- La superación, por parte de la economía, de las barreras políticas.
- La ampliación de los sistemas de mercado.
- Falta de respuesta de los sistemas de protección del Sector Público.
- La incorporación de sistemas de administración empresarial con atención preferente a los proveedores de materiales y/o trabajo, y a los clientes y consumidores.

### **5.1.2. Consecuencias.**

Para hacer frente a los problemas citados las empresas implantan una estrategia genérica de concentración económica, cuyos efectos se dejan notar tanto interna como externamente.

---

(9) S. ALEXANDER: "The Effect of size of Manufacturing Corporation on the Distribution of Rate Return", *Review of Economic and Statistics*, vol. XXXI, agosto 1949, pp. 229-235.

(10) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "La concentración...", *"Opus cit"*, p. 423-425.

### **5.1.2.1. Internas: la sinergia.**

Internamente el fin perseguido por la mayor parte de procesos de concentración empresarial, exceptuando los realizados para conseguir una mejor adecuación y control de los procesos de producción y distribución, es la consecución de sinergias. El término de sinergia ha sido definido de múltiples formas, entre las que se pueden destacar:

- "Existe sinergia cuando... el todo es diferente a la suma de las partes" (11). En otros términos "existe un efecto potencial de sinergia positiva si se crean nuevas situaciones y capacidades que originan potencialidades de mejorar la potencialidad de la empresa diversificada a través de sus actividades funcionales, más o menos relacionadas entre sí" (12).
- La sinergia es el fenómeno por el que "la acción combinada de varios factores productivos, hechos, o circunstancias puede producir un resultado superior a la suma de los resultados de los diferentes sectores aisladamente considerados" (13).

Para medir la sinergia se utilizan diferentes indicadores. Uno de ellos consiste en conocer el precio de las acciones anterior y posterior a la concentración. La dificultad para comprobar su existencia a priori aumenta cuando las empresas no son sociedades anónimas, cuando no cotizan en el mercado de valores y, además, cuando el citado mercado es incapaz de medir eficazmente la sinergia de la concentración.

### **5.1.2.2. Externas.**

El mercado es uno de los mejores métodos para asignar los recursos escasos, ya que en él, los proveedores y consumidores deciden libremente. Se trata por lo tanto de un sistema de participación democrático basado en la suma de decisiones subjetivas, que será más objetivo cuanto más decisores se manifiesten. Pero el mercado no es siempre un mecanismo eficiente, ya que coexisten instrumentos de presión y de poder con las reglas democráticas de la asignación económica. Por tanto, la concentración empresarial conduce:

---

(11) J.J. DURAN HERRERA: **La diversificación como estrategia empresarial. El conglomerado multinacional**, Pirámide, Madrid 1977, p. 113.

(12) "Ibid.", p. 113.

(13) A.S. SUAREZ SUAREZ: **Decisiones óptimas...**, "Opus cit", p. 720.

- Por una parte a crear esos instrumentos de poder mediante grandes empresas con capacidad para influir en el mercado.
- Por otra, mediante los procesos de concentración que supongan vinculación patrimonial, se reduce el número de decisores del mercado.

Esta situación obliga a plantearse la posibilidad de lograr que los mismos instrumentos que distorsionan el mercado sean eficientes, mediante conglomerados de sociedades cooperativas. "En el hipotético caso de un sistema completamente cooperativo, las decisiones de los proveedores de bienes y servicios a las cooperativas y las de los consumidores de bienes y servicios producidos por las cooperativas,..., son democráticas" (14).

### **5.1.3. Limitaciones a la concentración.**

Las limitaciones a la concentración empresarial tienen un doble origen externo e interno. El primero es debido a la legislación que rige el crecimiento de las empresas, y la segunda los gestores de las mismas.

A) Con un origen externo, son muchas las normas que vigilan y cuidan la competencia, intentando mantener la competitividad del mercado. Aunque estas normas son analizadas más abajo, hay que hacer mención al mercado único de la Unión Europea, que establece normas comunitarias para favorecer la competencia, otorgando unas facultades indirectas a los Estados para la aplicación del Derecho supletorio.

B) Con origen interno, los conductores de las empresas constituyen un obstáculo a la hora de la concentración empresarial. El motivo es que ésta puede traer consigo la pérdida de parte de su poder de dirección, al reducirse el número de empresas y someterse todo el personal, pero especialmente ellos, a un reajuste de funciones. De todas formas la pérdida de poder no afecta a los socios que siguen manteniendo el control sobre los resultados obtenidos por los directivos.

---

(14) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "La concentración...", "Opus cit", p. 427.



#### **5.1.4. Teorías sobre el crecimiento empresarial.**

Una de las consecuencias derivadas de la concentración económico empresarial es el crecimiento, aunque también puede hablarse de él como uno de los objetivos buscados por la integración.

A lo largo del tiempo el estudio del crecimiento empresarial ha sido tratado por gran número de investigadores. La literatura clásica explica el crecimiento de las empresas en la búsqueda de economías de escala que les permitan producir a costes medios menores y obtener, suponiendo unos precios fijos, unos beneficios mayores. Este proceso continuará hasta que la competencia produzca, en el mercado, una situación de equilibrio en la que todas las empresas alcancen su dimensión óptima y desaparezca el beneficio extraordinario de las sociedades.

Sin embargo, hay autores que no comparten la teoría de la existencia de un tamaño óptimo. Entre todas las tesis que explican el crecimiento destacan; las basadas en una sucesión de desequilibrios internos, las que se fundamentan en el comportamiento de los conductores de la empresa y las que estudian la relación entre tamaño de la empresa y crecimiento.

##### ***5.1.4.1. El crecimiento basado en los desequilibrios internos.***

PENROSE explica el crecimiento empresarial por medio de una sucesión de desequilibrios internos en la empresa (15).

Parte de una situación de desequilibrio, para la que se establece un plan de expansión. Esta va seguida de una nueva posición de desequilibrio, repitiéndose este proceso de forma sucesiva. Los motivos argumentados para razonar la teoría de que la empresa no puede encontrarse nunca en una situación de equilibrio son:

- La indivisibilidad de los factores productivos.
- La posibilidad de utilizar los mismos recursos bajo supuestos diferentes.
- La continua aparición de servicios productivos infrautilizados.

---

(15) Véase: E.T. PENROSE: *Teoría del crecimiento de la empresa*, Aguilar, Madrid, 1962.

#### **5.1.4.2. El crecimiento para la escuela del comportamiento.**

Dentro del pensamiento de la escuela del comportamiento, MARRIS explica el crecimiento en la actuación de los conductores de la empresa (16).

En su teoría considera que el empresario relaciona su retribución con el aumento del beneficio de la empresa, el cual aumenta con el crecimiento de la sociedad. Esto hace que el crecimiento de las empresas sea uno de los objetivos básicos para sus dirigentes.

En una empresa en la que coinciden en la misma persona empresario y propietario pueden distinguirse tres límites al crecimiento empresarial que determinan el mismo número de situaciones:

- A) Inicialmente el empresario, que quiere mantener el control de su negocio con el menor riesgo posible, ve limitado el aumento de la tasa de crecimiento por la tasa de rentabilidad. Esta puede aumentarse mediante financiación externa, pero con el riesgo de la pérdida de la propiedad de la empresa.
- B) La segunda situación se inicia a partir de la tasa de rentabilidad citada, ya que los incrementos adicionales, manteniendo el nivel de riesgo, se producen mediante préstamos "no contractuales", o lo que es lo mismo nuevos socios. En esta ocasión el límite al crecimiento se encuentra en el punto en el que el propietario debe ceder el control de la empresa.
- C) El último tramo se inicia cuando el nuevo equipo director toma las riendas de la empresa, manteniendo la idea de la relación directa entre su retribución y el crecimiento de la empresa. En el nuevo contexto el crecimiento ya no está limitado por la capacidad de dirección, pero sí por las restricciones financieras. Los beneficios retenidos destinados al crecimiento empresarial juegan un importante papel, ya que los directivos tratarán de lograr que la participación de los propietarios no varíe por motivo de las nuevas aportaciones financieras.

---

(16) Sobre el crecimiento en la escuela del comportamiento destaca: R. MARRIS: *The Economic...*, "Opus cit", Macmillan, Londres, 1967.

### 5.1.4.3. El crecimiento y su relación con el tamaño de la empresa.

Una de las interrogantes ligada al crecimiento de las empresas, es su relación con la dimensión de las mismas. Consiste en comprobar si una sociedad grande se encuentra, por el mero hecho de su dimensión, en mejores condiciones que una pequeña para realizar con éxito su proceso de crecimiento.

Punto de partida obligado , para estudiar la relación entre el tamaño y el crecimiento empresarial, es la tesis de GIBRAT o "ley del efecto proporcional" (17).

En ella afirma la independencia entre el crecimiento de las empresas y su tamaño inicial; o lo que es lo mismo que, en cuanto al crecimiento de un determinado porcentaje, una pequeña empresa no está, a priori, en inferioridad de condiciones a una gran empresa.

La "ley del efecto proporcional" se descompone en dos partes:

- El tamaño de las empresas sigue una ley "log-normal", establecida para una variable aleatoria explicable por una variedad de causas independientes y multiplicativas. Por lo tanto, no existe una variable única capaz de explicar el crecimiento de las empresas (18).
- El crecimiento de las empresas en valor relativo no depende de la dimensión. Todas las empresas tienen una distribución de probabilidad igual a la variable aleatoria crecimiento relativo. Por lo tanto si se clasifica una muestra por la dimensión de las empresas, la distribución de las tasas de crecimiento es igual para las cien empresas más grandes que para las cien más pequeñas.

La "ley del efecto proporcional", además de explicar el crecimiento de la empresa, tiene implicaciones de orden económico (19):

- La no existencia de una dimensión óptima empresarial.
- Tendencia al incremento del grado de monopolio por el aumento de la dispersión del tamaño empresarial con el tiempo.
- Independencia entre las tasas de crecimiento de diferentes periodos.

---

(17) El efecto proporcional se encuentra recogido en: R. GIBRAT: *Les inégalités économiques*, Sirey, París, 1931.

(18) Para ampliar sobre la aplicación de procesos estocásticos a las distribuciones dimensionales puede consultarse: J. STEINDL: *Random Processes and the Growth of Firms: A study of the Pareto Law*, Griffin, Londres, 1965, p. 17.

(19) Véase: A. SINGH y G. WHITTINGTON: *Growth, Profitability and Valuation*, Cambridge-University Press, 1962.

La tesis de Gibrat ha sido estudiada por varios autores, realizando matizaciones o explicitándola (20), llegando a la conclusión de que no existe una relación directa entre crecimiento y tamaño. Para el caso español hay que destacar los estudios de SUAREZ, que constatan la "ley del efecto proporcional" para las empresas estudiadas en el periodo 1963-1972 (21).

Por su parte EVRAERT (22) expone que aunque no puede aislarse un único factor que determine el crecimiento, es posible encontrar una serie de variables que conjuntamente ejerzan una mayor influencia produciendo un efecto de sinergia. En esta misma línea se encuentra BOYER (23) determinando las cuatro variables que, a su juicio, ejercen sobre el crecimiento una influencia mayor;

- la eficacia del aparato productivo,
- la capacidad de crecimiento de la organización,
- el poder de la empresa en el mercado,
- el coste del capital.

También relacionado con el tamaño de las empresas y su repercusión en el crecimiento, surge la teoría que afirma que la capacidad de crecimiento de la pequeña empresa se encuentra limitada por la necesidad obtener avales personales para la concesión de créditos bancarios (24).

---

(20) En relación a este aspecto puede consultarse: I.G. ALDEMAN: "A Stochastic Analysis of the Size Distributions of Firms", *Journal of American Statistical Association*, vol. 53, 1958, p. 893; E.E. MANSFIELD: "Entry, Gibrat's Law Innovation and the Growth of the firms", *American Economic Review*, diciembre 1962; J.C. MORAND: "Taille et Croissance des entreprises", *Revue d'économie politique*, marzo abril 1964; y A.S. SUAREZ SUAREZ: *Decisiones óptimas...*, "Opus cit", pp. 711-713.

(21) La relación entre el tamaño de las empresas y su crecimiento se estudia en: A.S. SUAREZ SUAREZ: "El tamaño y crecimiento de las empresas españolas", *Económicas y empresariales*, N. 3, pp. 116-133; y A.S. SUAREZ SUAREZ: *Lecturas de Introducción a la Economía de la Empresa*, Pirámide, Madrid, 1979, pp. 741-752.

(22) S. EVRAERT: *Croissance, efficacité, rentabilité des petites et moyennes entreprises: étude comparée des sociétés françaises coteées*, Tesis doctoral, Toulouse, 1978.

(23) A. BOYER: "Enterprise: les quatre dimensions de la croissance" *Revue Française de Gestion*, N. 23, noviembre-diciembre, 1979, pp. 69-76.

(24) M. GUISADO TATO: "La cara ...", "Opus cit", pp. 206-212.

## **5.2. Los procesos de concentración empresarial en el ámbito de las sociedades cooperativas del sector de la salud.**

La concentración económica es un proceso en el que se ven implicadas todo tipo de empresas, independientemente de la forma jurídica que las acoja y del sector de la economía en el que desarrollen su labor, incluyendo al sector de la salud. Además, es uno de los aspectos fundamentales a la hora de determinar su desarrollo y supervivencia.

Para la concentración de las sociedades cooperativas se pueden destacar una serie de condicionantes (25), a los que hay que añadir las características específicas que afectan al sector de la Salud:

A) El mercado de bienes y servicios y sus restricciones institucionales (nacionales e internacionales).

Estas restricciones vienen determinadas por la actuación directa que realiza el Estado en el sector de la salud, así como por el control que ejerce sobre algunos aspectos del mismo.

B) La viabilidad económica de las vinculaciones de los procesos de prestación de servicios sanitarios y distribución farmacéutica, junto con el resto de productos implicados en los procesos productivos de estas sociedades cooperativas.

Todo proyecto de concentración cooperativa, ha de basarse en aspectos empresariales, buscando la viabilidad económico-financiera, y de forma simultánea bajo las reglas cooperativas. De esta forma se logra, en las sociedades cooperativas, una expectativa de sinergia que se concreta en mejores resultados para los socios que son los que toman la decisión sobre la concentración o no de la sociedad.

Además, en las citadas entidades pueden vincularse el principio cooperativo de la intercooperación con el empresarial del crecimiento; "La cooperativa goza de estas dos características, es una empresa, es una unidad económica de producción y distribución que tiene que funcionar eficientemente, de acuerdo con aquellas reglas y por lo tanto, tiene que crecer y, también, tiene que intercooperar y esto es su objetivo" (26).

Para analizar este proceso integrador, se estudian en primer término las características aplicables de forma genérica a todas las sociedades cooperativas, para, posteriormente, trasladarlas a las cooperativas del sector de la salud. Por último, se realiza una exposición de la normativa legal aplicable a estas sociedades en materia integradora.

---

(25) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "La concentración...", "Opus cit", p. 431.

(26) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "La intercooperación como fin y como regla de la Economía Social", en VARIOS: **I Congreso de Economía Social de Galicia**, Dirección Xeral de Traballo de la Consellería de Traballo e Servizos Sociais, Santiago de Compostela, 1991, p. 448

### **5.2.1. La intercooperación en las sociedades cooperativas.**

Las sociedades cooperativas nacen para lograr las metas comunes de un conjunto de personas mediante la unificación de sus esfuerzos. Por lo tanto, el proceso integrador de estas entidades debe satisfacer las necesidades de todos los grupos que forman las diferentes sociedades incluidas en el citado proceso. Sin embargo, esta asociación no es exclusiva de las sociedades cooperativas, por lo que es necesario establecer las peculiaridades como empresa con respecto a otro tipo de entidades.

La intercooperación entre sociedades cooperativas se encuentra institucionalizada por el sexto de los principios cooperativos. Según el mismo, las citadas sociedades, con el fin de cumplir los intereses de sus miembros, deben colaborar con otras cooperativas (27). De esta forma se pone de manifiesto que la asociación forma parte de la propia naturaleza de las sociedades cooperativas.

Siguiendo a GARCIA-GUTIERREZ (28), el objetivo finalista de esta asociación es defenderse del entorno, pero a la vez lograr influir sobre el mismo, utilizando como medio para lograrlo la formación de conglomerados de sociedades cooperativas.

#### **5.2.1.1. Finalidad de la integración cooperativa.**

El mercado es el medio natural en el que las sociedades cooperativas se desenvuelven y por lo tanto es el marco en que se produce la intercooperación con una doble implicación; Por un lado la influencia de las cooperativas en el entorno, y por otro la protección de algunos efectos producidos por el mismo.

##### **A) Para influir en el entorno.**

Las sociedades cooperativas pueden utilizar la intercooperación como medio para influir en el entorno en mayor medida de lo que ellas son influidas por él. Con este objetivo, el crecimiento empresarial es una estrategia utilizada por todo tipo de sociedades con el fin de competir adecuadamente, pero además la intercooperación es un principio específico de las sociedades cooperativas que finaliza con la transformación en conglomerados cooperativos.

---

(27) ALIANZA COOPERATIVA INTERNACIONAL: "Declaración de...", "Opus cit", p. 39.

(28) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "La concentración...", "Opus cit", p. 433-435.

B) Para defenderse del entorno.

La regla fundamental en el funcionamiento y elección de los objetivos económicos del mercado, es la *democracia* tanto de los consumidores como de los proveedores que participan en el mismo.

Las decisiones sobre los objetivos empresariales, tendrían que ser tomadas de manera democrática, por los participantes en los procesos de producción y distribución, lo que no influye en que los propietarios de los capitales invertidos en los citados procesos intenten conseguir la mayor rentabilidad posible.

Esta hipotética situación queda aun más deteriorada por la *integración empresarial* mediante la concentración de la producción y la consecuente reducción de oferta en los mismos. Para la restitución de la democracia económica del mercado, los conglomerados de sociedades cooperativas son una alternativa. Esto es debido a que en estas sociedades los acuerdos son tomados de forma democrática, y a que, aunque la capacidad de decisión disminuye con los conglomerados, también se produce una *internalización democrática* entre las sociedades cooperativas componentes.

#### ***5.2.1.2. Consecuencias de la integración cooperativa.***

La integración de las sociedades cooperativas, en sus diversas fórmulas, responde a la supervivencia mediante el crecimiento. La complejidad creciente del mercado exige un importante esfuerzo tanto financiero como organizativo, con el fin de mantener o aumentar los niveles de calidad de las sociedades individuales implicadas en el proceso.

Se trata, por lo tanto, de *mejorar la situación individual de cada una de las sociedades cooperativas integradas*, pero logrando a la vez una mejora del conjunto. La consecución de estos objetivos lleva implícitas dos consecuencias que tienen que ser conocidas y asumidas de forma voluntaria por las citadas cooperativas. Se trata de renunciar a parte del poder de decisión, y de la aceptación de los acuerdos adoptados por el conjunto de sociedades integradas.

A) La cesión del poder decisorio.

La búsqueda del beneficio común de las sociedades cooperativas mediante cualquier fórmula de integración, conlleva una pérdida, en parte, del poder individual de decisión. La cuantía de esta

pérdida depende de la fórmula utilizada, oscilando entre la cesión total, en las vinculaciones reales, a la cesión representativa, en el caso de asociaciones de tipo federativo.

En cualquier caso, se trata de una forma de lograr objetivos que, de forma individual, las sociedades cooperativas no podrían conseguir. Sin embargo, para adecuarse a la naturaleza cooperativa, es necesario que se mantenga la democracia en la toma de las decisiones del grupo, aunque se encuentre en otras manos.

#### B) La aceptación de los acuerdos adoptados.

Se trata de una consecuencia derivada de la cesión del poder de decisión. Las decisiones adoptadas, en virtud de la fórmula integradora elegida, deben ser cumplidas de forma efectiva, según el poder vinculativo de las mismas.

Esta característica alcanza especial relevancia cuando las sociedades cooperativas integradas realizan actividades diferenciadas. El motivo es la complejidad que pueden tener acuerdos que afectan a diferentes colectivos, ya que cada una de ellas manifiesta, de forma democrática, las peculiaridades a las que se someten los diferentes socios que las componen.

La cesión de soberanía y el cumplimiento de los acuerdos adoptados con motivo de la integración, no se encuentran exentos de riesgos. Por ello es necesario evitar que se produzca un alejamiento excesivo entre las sociedades cooperativas elementales y el organismo integrador, así como la burocratización en su funcionamiento (29).

### ***5.2.1.3. Elementos básicos en el proceso de integración cooperativa.***

Para lograr una adecuada integración cooperativa hay que poner especial énfasis en las personas y órganos que deben regir el destino de las sociedades del grupo, y en el conglomerado de flujos que determinan la situación de las sociedades cooperativas. En este aspecto destacan dos elementos fundamentales en la concentración cooperativa: los directivos, y las instituciones financieras (30).

---

(29) T. ROSEMBUJ: "La economía de las cooperativas de segundo grado", en VARIOS: **Cooperativismo sanitario de segundo grado**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987, pp. 158 y 159.

(30) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "La concentración...", "Opus cit", pp. 433 y 434.



#### 5.2.1.3.1. Los directivos.

Los directivos de los grupos de sociedades cooperativas deben poseer las mismas características básicas que las que se exigen a los de cualquier grupo de empresas. Además, es necesario que tengan un profundo conocimiento de las peculiaridades aplicables a las sociedades cooperativas. De esta forma se consigue un funcionamiento y una intercooperación eficientes.

Para lograr que estos directivos pasen a formar parte de las sociedades cooperativas es fundamental que éstas cubran de forma adecuada tres aspectos:

- La formación mediante la creación de instituciones específicas, respaldadas y fiscalizadas por la cooperativa a la que irán en un futuro, pero a la vez independientes de las mismas.
- Una remuneración competitiva con las establecidas en el mercado, manteniendo una constante atención a las variaciones marcadas por el mismo.
- Establecer un sistema que permita su libertad de acción, mediante la clara diferenciación de responsabilidades. Además, tener en consideración que los socios de una sociedad cooperativa pueden determinar, de forma democrática, lo que quieren conseguir, pero no la forma de hacerlo. Ese cometido corresponde a la dirección, a través de la estructura administrativa que esos mismos socios forman, que trata que se ejecuten las decisiones tomadas con el fin de lograr los objetivos previstos. En este proceso, el Consejo Rector ejerce su actuación como órgano de vigilancia entre los socios y la dirección.

#### 5.2.1.3.2. Las instituciones financieras cooperativas.

Un segundo elemento a tener en cuenta para lograr una adecuada integración cooperativa, es la creación de bancos de sociedades cooperativas (31). Se trata de cooperativas de primer o segundo grado que actúan como entidades de crédito y que como tales aparecen recogidas en la Ley General de Cooperativas (32) y en las demás leyes autonómicas (aunque la normativa vasca las incluye, junto a las de seguros, en la modalidad de cooperativas financieras (33)).

---

(31) Sobre estas entidades se realiza un amplio estudio en: R.J. PALOMO ZURDO: *La banca cooperativa en Europa*, Unión Nacional de Cooperativas de Crédito, Madrid, 1995.

(32) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 116.

(33) COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 4/1993..., "Opus cit", art. 119.

Estas instituciones deben actuar equilibrando los flujos financieros dentro del sistema cooperativo en el que estén integradas. Aunque se guíen por el criterio de la máxima rentabilidad, es necesario que permitan el trasvase de plusvalías entre las sociedades cooperativas del grupo, procurando independizar la demanda de créditos.

Por otra parte todas las sociedades cooperativas de primer grado, excepto las de crédito, pueden tener una sección de crédito si así lo prevén sus estatutos (34). Las principales características de estas secciones son:

- No gozarán de personalidad jurídica independiente.
- Actuarán como intermediarios financieros limitando sus operaciones activas y pasivas al interior de las cooperativas a las que pertenezcan y a sus socios y asociados.
- Pueden rentabilizar sus excesos de tesorería en cooperativas de crédito.
- La sociedad cooperativa que tenga sección de crédito no puede denominarse cooperativa de crédito, caja rural u otra análoga.

### **5.2.2. La intercooperación en las sociedades cooperativas del sector de la salud.**

Al analizar las características de la sanidad pública, y de la sanidad privada a través de entidades no cooperativas, se han puesto de manifiesto diferentes imperfecciones tanto de orden financiero como en la prestación de servicios:

- Por lo que respecta al aspecto financiero, la financiación pública conlleva importantes dosis de centralización y burocracia, que unidos al control presupuestario pueden afectar a la prestación de servicios. En cuanto a la financiación privada la superposición del máximo beneficio sobre la calidad de servicio puede llevar a situaciones similares.
- En cuanto a la prestación de servicios, mientras que con la sanidad privada se consigue la descentralización, se eliminan las colas de espera, y se favorece la libertad de elección del usuario y de situaciones de monopolio, y se descuidan algunas zonas geográficas. Por su parte la pública solventa los defectos citados, pero al controlar el gasto corre el riesgo de formar colas de espera y un menor nivel de asistencia.

---

(34) Véase: A.C. MORALES GUTIERREZ: **Financiación de las cooperativas de trabajo asociado: ¿Problema o síntoma?**, Colección Tesis Doctorales, Publicaciones ETEA, Córdoba, 1993, pp. 153-165; y R.J. PALOMO ZURDO: **La banca cooperativa en Europa: análisis institucional y de las estrategias de concentración empresarial**, Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Complutense, Madrid, 1994, pp. 41-42.

Ante la señalada imperfección una posible solución consiste en establecer una sanidad en la que participen los diferentes protagonistas de la misma en igualdad de condiciones. En la misma las sociedades cooperativas pueden jugar un papel fundamental ya que en las diferentes cooperativas actúan los protagonistas de la salud con similares derechos y obligaciones. Por lo tanto, para lograr una sanidad integral será necesario buscar una forma de integración entre las diferentes sociedades cooperativas del sector de la salud.

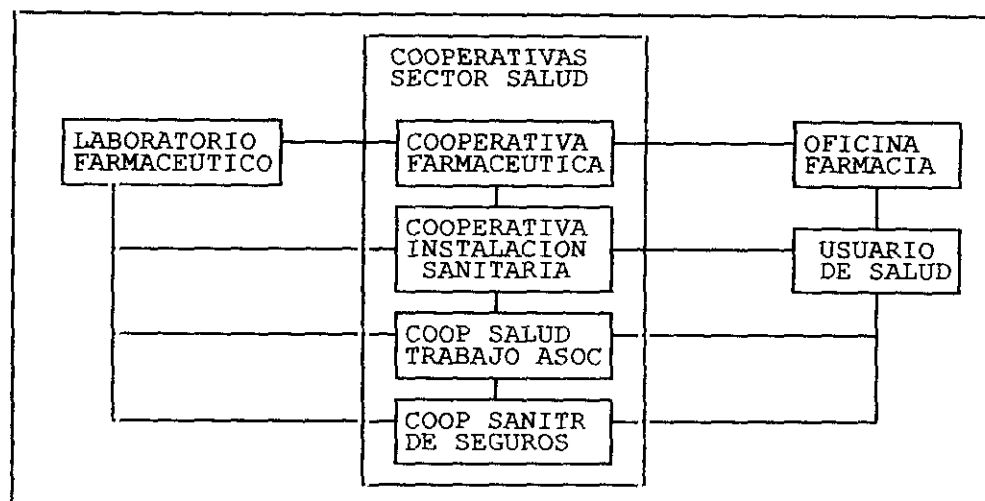
Las características de este heterogéneo grupo de sociedades determina las posibles fórmulas aplicables para lograr una integración satisfactoria. Por ello resulta conveniente poner de manifiesto la relación que existe entre estas entidades, así como los posibles objetivos buscados con la integración, antes de sentar las bases que van a ser utilizadas como premisas al estudiar las diferentes fórmulas de realizar la misma.

#### ***5.2.2.1. Relación entre las sociedades cooperativas del sector de la salud.***

Aunque la variedad de sociedades cooperativas incluidas en el sector de la salud lleva implícita la realización de actividades diferenciadas, existe una relación en sus flujos, que puede ser utilizada como nexo de unión entre las mismas.

En concreto, el estudio de estas relaciones se realiza entre las sociedades cooperativas sanitarias de seguros, las de trabajo asociado, las de instalaciones sanitarias y las de distribución farmacéutica, aunque podría ampliarse a otras sociedades cooperativas cuya actuación se encuentre relacionada con el sector de la salud. La participación conjunta de los productos farmacéuticos y de la asistencia médica en el cuidado y prevención de la salud, hace surgir una serie de relaciones con los consiguientes flujos, tanto reales como económicos y financieros, que fueron puestas de manifiesto separadamente al estudiar los diferentes flujos de las sociedades cooperativas implicadas. En el cuadro 55 se realiza una visión resumida que permite analizar este entramado de forma conjunta.

CUADRO 55. RELACIONES ENTRE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD.



Las relaciones plasmadas en el cuadro anterior pueden analizarse para cada una de las sociedades cooperativas que actúan en el sector de la salud.

A) Las cooperativas de distribución farmacéutica.

Su actividad principal, como mayorista, le lleva a mantener relaciones de compra y venta con los laboratorios farmacéuticos y con las oficinas de farmacia. Entre estas oficinas de farmacia se encuentran las pertenecientes a centros hospitalarios, incluidas las que son propiedad de las cooperativas de instalaciones sanitarias, con los que pueden realizar su actividad de distribución.

B) Las cooperativas de instalaciones sanitarias. Realizan su actividad principal con los pacientes, que tienen el papel de socios. Su posible relación con las cooperativas farmacéuticas ya ha sido mencionada, aunque ésta puede eliminarse si adquiere los productos farmacéuticos directamente de los laboratorios. Además, es posible establecer una importante vinculación con el resto de las cooperativas de asistencia sanitaria. Con las de trabajo asociado utilizando el cuadro médico de las mismas como consultas externas, y las instalaciones sanitarias para atender aquellos procesos en los que sea necesario un centro hospitalario. Por su parte, los socios de estas cooperativas de instalaciones pueden ser asegurados de las de seguros a prima fija o variable.

C) Las cooperativas sanitarias de trabajo asociado.

Su relación con las cooperativas de instalaciones ya ha quedado reflejada más arriba, y su posible vinculación con los laboratorios farmacéuticos se basa, únicamente, en la información que obtienen estos últimos de los primeros. La causa es que los médicos que las integran son los encargados de recetar los diferentes medicamentos. Por lo que respecta a las de seguros, los socios de estas últimas pueden ser los usuarios de las de trabajo asociado.

D) Las cooperativas sanitarias de seguros.

Realizan su actividad aseguradora con los pacientes socios de la cooperativa. Estos socios son los usuarios de salud que pueden ser los mismos de las cooperativas de instalaciones sanitarias, y a la vez los clientes de las de trabajo asociado. Su relación con el subsector farmacéutico se produce dada su potestad para establecer la cobertura en este aspecto.

En este complejo entramado, la salud es el nexo común, y el paciente, en sus diferentes manifestaciones, el principal sujeto. Sin embargo, el cuadro podría complicarse si se introduce la actuación de otras sociedades y de instituciones públicas como es el caso de la Seguridad Social.

**5.2.2.2. Objetivos de la integración en las sociedades cooperativas del sector de la salud. La integración económica y la representativa.**

Los objetivos de la integración de sociedades cooperativas del sector de la salud, pueden desdoblarse en dos grandes apartados: los fines sociales y los fines económicos.

A) Los objetivos sociales.

La salud, como nexo común entre este grupo de sociedades cooperativas, determina una serie de finalidades cuyo carácter social se manifiesta en los siguientes aspectos (35):

- Defensa y representación del cooperativismo, especialmente de las manifestaciones relacionadas con la salud en el mismo. Para ello se establecen diferentes fórmulas de régimen asociativo que son analizadas más abajo.

---

(35) Se adaptan los fines sociales al sector de la salud según los expresa A. MARTINEZ CHATERINA: "Asociacionismo Cooperativo", en VARIOS: **Cooperativismo sanitario de segundo grado**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987, pp. 139 y 140.

- Comunicación del cooperativismo de la salud en todo su ámbito. En el caso de las cooperativas de asistencia sanitaria, puede tratarse de la defensa de la libre elección de médico, el derecho a habitación individual, y el pago por acto profesional realizado, como principales componentes de su tradicional funcionamiento.
- Facilitar el cumplimiento del cooperativismo como asociación y como empresa. Esta labor puede realizarse mediante la información a las sociedades cooperativas integradas.

#### B) Los objetivos económicos.

La integración cooperativa tiene también una finalidad económica, con la que responde a las necesidades como empresa. Las funciones realizadas pueden ir desde la distribución en las mejores condiciones posibles, caso de las cooperativas farmacéuticas, hasta el asesoramiento fiscal, jurídico y contable, la función crediticia, o la de acceso a nuevas tecnologías, que pueden aplicarse a todas las sociedades cooperativas del sector.

La integración en el sector de la salud puede realizar ambas funciones en mayor o menor medida, según la fórmula utilizada. En este sentido es posible distinguir entre la integración vertical y la horizontal.

- La integración vertical, basada en el asociacionismo representativo queda reflejada en la posibilidad de constituir uniones, federaciones y confederaciones. Estas asociaciones son analizadas más abajo, aunque ahora es necesario hacer referencia a que también pueden prestar servicios a las cooperativas asociadas, aunque su actuación se integra básicamente dentro de los fines sociales.

-Por su parte la integración horizontal, puede realizar en mayor o menor medida los fines sociales, pero se basan fundamentalmente en aspectos económicos.

En el posterior análisis, aunque se tienen en cuenta los fines sociales, se pone mayor énfasis en analizar la finalidad económico financiera de las sociedades cooperativas incluidas en el sector de la salud.

Los objetivos económicos, sobre los que pueden actuar los diferentes modelos de concentración, dependen del grado de integración económica perseguida. Esto permite diferenciar tres modelos de integración, máxima mínima e intermedia (36).

---

(36) Los modelos de integración según su grado se encuentran recogidos en: N. PAZ CANALEJO: **Concepto y evolución...**, "Opus cit", pp. 149-157.

- Integración económica total. Se produce una interacción financiera, y una gestión unitaria que llevan a unos resultados económicos que afectan a todo el grupo.
- Integración económica reducida. La entidad integradora no ejerce control sobre las asociadas, aunque suelen existir relaciones de dependencia generalmente de carácter comercial.
- Integración económica intermedia. Se trata de una situación entre las dos anteriores, en la que las entidades integradas mantienen su capacidad de gestión, y además se benefician de sinergias mediante la coordinación en el modo de actuación.

Al adaptar estos modelos a las sociedades cooperativas del sector de la salud, hay que tener en cuenta que la integración total hace necesaria una gran homogeneidad entre las sociedades cooperativas participantes que no se produce en el citado sector. Por otra parte, la integración económica reducida suele limitarse a poner a disposición de sus asociados bienes o derechos en condiciones más favorables que el mercado, por lo que no se adapta a los objetivos del conjunto de cooperativas del sector de la salud. Por lo tanto el modelo intermedio se presenta como el más apropiado, siendo la acción coordinadora más intensa a medida que se persigue una mayor integración.

### ***5.2.2.3. La formación de conglomerados cooperativos y su naturaleza.***

Las variadas formas de integración dependen, en gran medida, del vínculo utilizado en las mismas. En este aspecto la formación de conglomerados cooperativos es una forma de influir y a la vez defenderse del entorno, teniendo en cuenta los objetivos perseguidos por las sociedades cooperativas integradas en el sector de la salud.

En estos conglomerados los socios y asociados deben asumir que su colaboración en la producción o distribución está sometida a los cambios de la empresa en la que participa. Además, es necesario que tenga claro que es socio de una entidad integrante de un conglomerado de sociedades cooperativas. Ante un proceso de integración económica el socio de una cooperativa no tiene nada que perder. Independientemente de las sensaciones de seguridad y de prestigio, que le suponen formar parte de una gran organización, se encuentran las ya mencionadas, que se derivan del principio cooperativo de la intercooperación, cuyo fin es restaurar la democracia económica del mercado (37).

---

(37) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "La concentración...", "Opus cit", pp. 437 y 438.

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de determinar la integración cooperativa, es la conveniencia o no de realizar procesos de concentración con entidades de naturaleza no cooperativa, concretamente con sociedades colectivas, comanditarias, anónimas (entre las que se incluyen las sociedades anónimas laborales (38)), y de responsabilidad limitada.

- Por lo que respecta a las sociedades colectivas y comanditarias, la responsabilidad ilimitada por las deudas sociales, de todos los socios de las primeras y de los comanditarios de las segundas, choca frontalmente con las características de las cooperativas. Por este motivo, su integración junto a ellas, o su uso como nexo de unión difícilmente puede ser aceptado por los socios de las cooperativas del sector de la salud.
- La limitación de la responsabilidad en las sociedades anónimas y de responsabilidad limitada las convierte en modelos más apropiados para el proceso integrador.

Sin embargo, la concentración de sociedades cooperativas con entidades de diferente naturaleza entraña el riesgo de que las primeras, pierdan las características que las definen. La filosofía de estas entidades, como sociedades de capitales y no de personas, presenta importantes contradicciones con el funcionamiento y la esencia de las sociedades cooperativas. Las principales diferencias se fundamentan en la retribución a los socios, y en el poder de decisión:

- Mientras que en las cooperativas la retribución a los socios se realiza en función de su contribución al compromiso cooperativo, en las sociedades de capitales se hace en proporción a la propiedad.
- En la toma de decisiones de las cooperativas, cada socio tiene un voto, mientras que en las sociedades de capitales el citado voto depende también de la propiedad del capital.

Esto nos llevaría a la formación de grupos empresariales compuestos, exclusivamente, por sociedades cooperativas (39), y que a la vez se encuentren abiertos al mercado, con capacidad para influir en el entorno en

---

(38) Sobre las características de las sociedades anónimas laborales ver: G. LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS: **La Sociedad Anónima Laboral como forma de empresa: Aspectos financieros (Incidencia de las innovaciones introducidas por la LEY 19/1989 de la Reforma de la Legislación Mercantil en materia de sociedades)**, ASALMA, Madrid, 1993, pp. 14-110.

(39) Las sociedades anónimas laborales pueden adecuarse al concepto de sociedad cooperativa de la Alianza Cooperativa Internacional, a diferencia de lo que ocurre con la normativa española. Este aspecto es analizado por G. LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS: "La Sociedad Cooperativa desde la perspectiva de la Alianza Cooperativa Internacional (ACI) y las Sociedades Anónimas Laborales frente al concepto jurídico de cooperativa", *Revista de Estudios Cooperativos*, N. 61, pp. 89-106.



el que no predominen los valores cooperativos. Sin embargo, la posibilidad de vincularse con sociedades no cooperativas debe considerarse, aunque para mantener la naturaleza cooperativa deben ser utilizadas únicamente como instrumentos integradores. Este estudio es realizado más abajo pero siempre dejando fijada la necesidad de establecer las fórmulas necesarias para que la integración no sea la causa de la pérdida de la esencia cooperativa. Un claro ejemplo de este hecho se presenta actualmente en el sector de la salud mediante ASISA, una sociedad anónima propiedad de los socios de Lavinia sociedad cooperativa.

#### ***5.2.2.4. Criterio integrador aplicable a las sociedades cooperativas del sector de la salud y los principios integradores.***

Del análisis de las peculiaridades tanto de la naturaleza cooperativa como de la variada composición del sector de la salud, pueden extraerse tres conclusiones que deben servir como guía en el proceso de análisis integrador.

- A) Las diferencias en la actividad de las sociedades cooperativas del sector estudiado, presentan como nexo común la prestación de servicios relacionados con la salud. La compleja red de relaciones entre estas entidades puede ser mejorada mediante procesos de concentración. Sin embargo, es necesario tener en cuenta los problemas que se derivan de intereses individuales contrapuestos y los de la unidad integrada en su conjunto. Por ello hay que efectuar una delimitación de las normas que van a regir el mencionado proceso.
- B) Existen dos formas básicas de concentración basadas en los objetivos perseguidos con la misma. En este análisis se pone especial atención en la consecución de objetivos económicos, por lo que se centra en la concentración horizontal. Sin embargo no hay que olvidar la integración vertical cuyo carácter es básicamente representativo (40). Dadas las características de las sociedades cooperativas del sector de la salud, el grado de integración económico más apropiado es el intermedio, basado fundamentalmente en la coordinación, como se ha expuesto más arriba.
- C) La formación de conglomerados cooperativos se presenta como la forma más adecuada de encauzar un proceso integrador en el que los componentes unitarios son sociedades cooperativas. La posibilidad de incluir sociedades con naturaleza diferente es tenida en

---

(40) P. BORJABAD GONZALO: "Integración de las Cooperativas Autogestión Sanitaria, Sinera y Scias: Estudio de los factores de una decisión", en VARIOS: **Cooperativismo sanitario en el marco de un Sistema Nacional de Salud**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1990, p. 74.

cuenta, pero siempre dejando claro el peligro que esto entraña para la naturaleza de las cooperativas. Por este motivo es preferible que los citados conglomerados se encuentren formados únicamente por sociedades cooperativas, utilizando en todo caso, otras sociedades como elementos instrumentales.

Por lo tanto, los criterios que condicionan las formas de integración para el sector de la salud deben cumplir tres requisitos, que dan lugar al mismo número de principios:

- A) Principio de la agrupación cooperativa en el sector de la salud. Integrar en su seno a entidades, con actividades diferenciadas, pero que actúen dentro del sector de la salud.
- B) Principio de la finalidad económica coordinadora. La finalidad de la integración es fundamentalmente económica, en su grado intermedio.
- C) Principio de la naturaleza cooperativa. Solamente deben incluir sociedades con naturaleza cooperativa.

### **5.2.3. La concentración económico empresarial en la normativa aplicable a las sociedades cooperativas del sector de la salud.**

Para tener una visión de conjunto, en cuanto a la normativa aplicable a los procesos de integración hay que distinguir la normativa aplicable de una forma genérica a cualquier tipo de sociedad, de aquella específica para las sociedades cooperativas.

#### ***5.2.3.1. Normativa aplicable con carácter general.***

La concentración empresarial lleva implícita la formación de organizaciones complejas, en las que participan diferentes tipos sociales. Las cooperativas, como un tipo más de sociedades, se ven afectadas por la legislación establecida para prever el riesgo que puede suponer, para diversos intereses, la aparición de las citadas organizaciones, o simplemente para regular las situaciones derivadas de su presencia.

La legislación española ha regulado el fenómeno de la concentración empresarial desde una triple perspectiva (41): la defensa de la competencia, el desarrollo de la actividad económica, y la regulación de las inversiones intersocietarias y grupos de empresas.

---

(41) R. URLA: **Derecho Mercantil**, Marcial Pons, Madrid, 1992, (14ª ed.), pp. 542 y 543.

A continuación se analizan los tres aspectos mencionados, aunque sin olvidar la acción del Derecho europeo de sociedades como elemento integrador. En este aspecto FERNANDEZ establece la citada acción en tres planos (42): eliminación de obstáculos fiscales y materiales, supresión de diferencias entre legislaciones, y la creación de unidades empresariales acordes con el Mercado Común. Por ello, también se hace referencia a la normativa comunitaria que afecta a la integración de las sociedades cooperativas del sector de la salud.

#### 5.2.3.1.1. Normativa para defenderse de la competencia.

Aunque la concentración empresarial presente importantes ventajas para el desarrollo de la economía, también puede limitar la libre competencia, distorsionando el funcionamiento de la economía de mercado. Este motivo ha llevado a los legisladores a regular, dificultar o prohibir las situaciones monopolísticas (43).

España se incorporó al grupo de países con este tipo de normas mediante la Ley represiva de las prácticas restrictivas de la libre competencia de 1963 (44). Esta normativa ha sido derogada por la vigente sobre Defensa de la Competencia, promulgada en 1991 (45), cuyas principales implicaciones consisten en la prohibición de prácticas colusorias y abusivas, así como en la actuación del Tribunal de Defensa de la Competencia.

También hay que destacar la actuación de la Unión Europea defendiendo la competencia del mercado mediante una Dirección General de la Competencia. Su labor incluye, entre sus múltiples tareas, la consecución de la igualdad de trato, y la defensa de la competencia.

---

(42) L. FERNANDEZ DE LA GANDARA, y A.L. CALVO CARAVACA: **Derecho Mercantil Internacional**, Tecnos, Madrid, 1993, pp. 49-56.

(43) G.J. JIMENEZ SANCHEZ: **Derecho Mercantil...**, "Opus cit", p. 366.

(44) ESPAÑA: LEY 110/1963 de 20 de julio, de represión de las prácticas restrictivas de la competencia, **B.O.E.** N. 175, de 23 de julio.

(45) ESPAÑA: LEY 16/1989 de 17 de julio, de represión de prácticas restrictivas de la competencia, **B.O.E.** N. 170, de 18 de julio.

### 5.2.3.1.2. Normativa para desarrollar la actividad económica.

El desarrollo de la actividad económica produce la aparición en el derecho español de normas que, con el fin de agrupar varias sociedades, determinan diferentes figuras societarias relativas a la concentración empresarial.

Así, la primera norma destacable es la Ley 196/1963 sobre asociaciones y uniones de empresas (46). En esta disposición se regulan las Sociedades de Empresas, las Agrupaciones Temporales de Empresas y la Cesión de Unidades de Obra.

Diecinueve años después es aprobada la Ley 18/1982 sobre el régimen fiscal de Agrupaciones y Uniones Temporales de Empresas (47). Sus principales consecuencias son la nueva regulación de la cesión de Unidades de Obra, la derogación de la normativa de 1963 sobre Agrupaciones Temporales de Empresa, y la regulación de dos figuras societarias: las Agrupaciones de Empresas y las Uniones Temporales de Empresas. Ambas conviven con las Sociedades de Empresas para las cuales seguía vigente la Ley 196/1963.

La adaptación de la normativa española al Reglamento de la Unión Europea, por el que se dictan las pautas de funcionamiento de las Agrupaciones Europeas de Interés Económico (A.E.I.E.) (48), inspira una nueva disposición legal con rango de Ley. Se trata de la Ley 12/1991 de Agrupaciones de Interés Económico (A.I.E.) (49), que deroga completamente la Ley 196/1963, y en gran medida la Ley 18/1982, que ha quedado reducida al régimen de las Agrupaciones Temporales de Empresas. Además, se regulan las Agrupaciones de Interés Económico, que junto a las Uniones Temporales de Empresas son las únicas figuras societarias de concentración empresarial con vínculo contractual vigentes en la actualidad (cuadro 56).

---

(46) ESPAÑA: LEY 196/1963 de 28 de diciembre, sobre Asociaciones y Uniones de Empresas, **B.O.E.** N. 103, de 31 de diciembre.

(47) ESPAÑA: LEY 18/1982 de 26 de mayo, sobre el régimen fiscal de Agrupaciones y Uniones Temporales de Empresas, **B.O.E.** N. 137, de 19 de junio.

(48) UNION EUROPEA: REGLAMENTO 2137/85/CEE DEL CONSEJO de 25 de julio, relativo a la Constitución de las Agrupaciones Europeas de Interés Económico (AEIE), **D.O.C.E.** N. L.199/1-11, del 31 de julio.

(49) ESPAÑA: LEY 12/1991 de 29 de abril, sobre Agrupaciones de Interés Económico (A.I.E.), **B.O.E.** N. 103, de 30 de abril.

CUADRO 56. EVOLUCION DE LAS FORMULAS DE CONCENTRACION CON VINCULO CONTRACTUAL.

LEY 196/1963	LEY 18/1982	LEY 12/1991
SOCIEDADES DE EMPRESAS	CONTINUAN	DEROGADAS
AGRUPACIONES TEMPORALES DE EMPRESAS	DEROGADAS	
CESION DE UNIDADES DE OBRA	NUEVA REGULACION	DEROGADAS
	AGRUPACIONES DE EMPRESAS	DEROGADAS
	UNIONES TEMPORALES DE EMPRESAS	CONTINUAN
		AGRUPACIONES DE INTERES ECONOMICO

5.2.3.1.3. Normativa para regular las inversiones intersocietarias y los grupos de sociedades.

La regulación de inversiones intersocietarias y de los grupos de empresas ha sido recogida en el Ordenamiento Jurídico Español por disposiciones de naturaleza contable, fiscal y mercantil. El objetivo es determinar las normas por las que se rige la concentración de empresas no contractual, en la que existe dominio sobre una o más sociedades; bien mediante la adquisición total o parcial de su patrimonio, o bien, mediante el control de su dirección. Dentro de este complejo entramado legislativo se puede distinguir entre el régimen relativo a la fusión de empresas y a los grupos de sociedades.

A) Normas relativas a la fusión de empresas.

Entre la legislación reguladora de la fusión de empresas, considerando dentro del mismo tanto la absorción como la segregación, destaca la Ley de Sociedades Anónimas de 1951 (50),

(50) ESPAÑA: LEY de 17 de julio de 1951, sobre el Régimen jurídico de Sociedades Anónimas, B.O.E. N. 199, de 18 de julio.

derogada por el texto refundido de la Ley de Sociedades Anónimas de 1991 (51). Aunque sus preceptos se refieren a sociedades anónimas (52) pueden aplicarse por analogía a otros tipos de fusión societaria (53).

Sin embargo las leyes de ordenación de sociedades bancarias (54) y de seguros (55) también contienen normas propias relativas a la fusión. Estas últimas tienen especial importancia para el estudio de las cooperativas sanitarias a prima fija y a prima variable.

Por lo que respecta a la regulación fiscal de las fusiones empresariales, hay que citar la Ley de 26 de diciembre de 1980, su reglamento y modificaciones (56), derogadas por la Ley 29/1991, cuyo fin es adecuar determinados conceptos impositivos a las Directivas y Reglamentos de la Unión Europea (57), recientemente modificada por la Ley 43/1995 sobre el Impuesto de Sociedades.

#### B) Normas relativas a los grupos de sociedades.

La legislación fiscal fue la primera en regular los grupos de sociedades, incluso antes que la contable (58), prestando especial atención a la ordenación del beneficio consolidado. Así destacan la Ley 15/1977 sobre medidas fiscales, financieras y de inversión pública (59), el Real Decreto 1414/1977 por el que se regula la tributación sobre el beneficio consolidado de los grupos empresariales (60), y la Ley 61/1978 del Impuesto de Sociedades y su Reglamento (61). Las dos

---

(51) ESPAÑA: REAL DECRETO-LEY 1564/1989 de 22 de diciembre, por el que se aprueba el Régimen Jurídico de la Ley de Sociedades Anónimas, **B.O.E.** N. 30, de 27 de diciembre.

(52) F. SANCHEZ CALERO: *Instituciones de Derecho Mercantil*, Editoriales de Derecho Reunidas, Madrid, 1992, (16ª ed.), pp. 321.

(53) Un análisis de la fusión en las sociedades anónimas laborales se encuentra en: G. LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS: *La Sociedad Anónima Laboral...*, "Opus cit", pp. 505-549.

(54) ESPAÑA: LEY de 31 de diciembre de 1946, de ordenación bancaria redactada conforme al artículo 4 del REAL DECRETO LEGISLATIVO 1298/1986 de 28 de junio, **B.O.E.** N. 155, de 30 de junio.

(55) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", arts. 23, y Disposición Transitoria 4ª; y el Reglamento aprobado por REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", art. 83.

(56) ESPAÑA: LEY 76/1980 de 26 de diciembre, sobre el régimen fiscal de las fusiones de empresas, **B.O.E.** N. 9 de 10 de enero de 1981, y su reglamento aprobado por REAL DECRETO 2182/1981 de 24 de julio, **B.O.E.** N. 231, de 26 de septiembre.

(57) ESPAÑA: LEY 29/1991 de 16 de diciembre, de adecuación de determinados conceptos impositivos a las Directivas y Reglamentos de las Comunidades Europeas, por la que se deroga la normativa anterior sobre tratamiento fiscal de fusiones de empresas, **B.O.E.** N. 301, de, 17 de diciembre.

(58) S. ALVAREZ MELCON: "Tributación de grupo de sociedades, beneficio consolidado, fusiones y absorciones." *Revista Técnica Económica*, N. 13, mayo 1981, p. 21.

(59) ESPAÑA: REAL DECRETO-LEY 15/1977 de 25 de febrero, sobre medidas fiscales, financieras y de inversión pública, **B.O.E.** N. 50, de 28 de febrero.

(60) ESPAÑA: REAL DECRETO-LEY 1414/1977 de 17 de junio, por el que se regula la tributación sobre el beneficio consolidado de los grupos empresariales, **B.O.E.** N. 150, de 24 de junio.

(61) ESPAÑA: LEY 61/1978..., "Opus cit", y su Reglamento aprobado por REAL DECRETO 2631/1982..., "Opus cit".

normas citadas en último lugar han sido recientemente derogadas por la Ley 43/1995 como ya se ha hecho referencia más arriba.

Las primeras normas mercantiles tienen carácter sectorial, refiriéndose a diferentes aspectos bancarios. Entre las mismas pueden citarse la Ley 13/1985 sobre coeficientes de inversión, recursos propios y obligaciones de información de intermediarios financieros (62), y los Reales Decretos 1370/1985 (63), y 1371/1985 (64) por los que, respectivamente, se desarrolla la Ley 13/1985 en relación a los recursos propios de las entidades de depósito, y se regula la consolidación de los estados contables de las entidades de depósito.

Más recientemente la Ley de 1988 del Mercado de Valores (65) establece los requisitos para considerar diferentes empresas como pertenecientes a un mismo grupo de sociedades.

La posterior adaptación de la legislación española a las normas de la Unión Europea (66), ha llevado a modificar el Código de Comercio (67), incorporando al mismo una nueva sección al Título III del Libro Primero, en la que se establecen los requisitos y las entidades que se ven sometidas a la formulación de cuentas anuales consolidadas. Estas normas han sido complementadas con el Plan General de Contabilidad de 1990 (68), y con la formulación de cuentas anuales consolidadas regulada mediante el Real Decreto 1815/1991 (69).

---

(62) ESPAÑA: LEY 13/1985 de 25 de mayo, sobre coeficientes de inversión, recursos propios y obligaciones de información de intermediarios financieros, **B.O.E.** N. 127, de 28 de mayo, art. 8.

(63) ESPAÑA: REAL DECRETO 1370/1985 de 1 de agosto, por el que se desarrolla la Ley 13/1985 en relación a los recursos propios de las entidades de depósito, **B.O.E.** N. 190 de 9 de agosto.

(64) ESPAÑA: REAL DECRETO 1371/1985 de 1 de agosto, se regula la consolidación de los estados contables de las entidades de depósito, **B.O.E.** N. 190 de 9 de agosto.

(65) ESPAÑA: LEY 24/1988 de 28 de julio, del Mercado de Valores, **B.O.E.** N. 181, de 29 de julio, art. 4, modificada por la Ley 13/1992 de 1 de junio, **B.O.E.** N. 132 de 2 de junio.

(66) UNION EUROPEA: SEPTIMA DIRECTIVA DEL CONSEJO de 13 de junio de 1983, basada en la letra g del apartado 3 del art. 54 del tratado, relativa a las cuentas consolidadas (83/349/CEE), **D.O.C.E.** N. L.193/1, de 18 de julio de 1983.

(67) ESPAÑA: LEY 19/1989 de 25 de julio, de regulación parcial y adaptación de la Legislación Mercantil a la Directiva de la CEE en materia de sociedades, **B.O.E.** N. 178, de 27 de julio, art. 2.

(68) ESPAÑA: REAL DECRETO 1643/1990 de 20 de diciembre, por el que se aprueba el Plan General de Contabilidad, **B.O.E.** N. 310, de 27 de diciembre.

(69) ESPAÑA: REAL DECRETO 1815/1991 de 20 de diciembre, por el que se aprueban las normas para la formulación de cuentas anuales consolidadas, **B.O.E.** N. 310, de 27 de diciembre.

### **5.2.3.2. Normativa aplicable específicamente a las sociedades cooperativas.**

Al analizar la normativa que afecta de forma específica a las sociedades cooperativas del sector de la salud, hay que hacer obligada referencia a las diferentes formas de concentración incluidas en el articulado de la Ley General de Cooperativas, al Real Decreto 84/1993 por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley 13/1989 de Cooperativas de Crédito (70), y al Real Decreto 1345/1992 por el que se regula la tributación sobre el beneficio consolidado de los grupos de sociedades cooperativas (71). No hay que olvidar la regulación específica incluida en las diferentes legislaciones autonómicas, a la que se hace referencia en aquellas materias en las que incluyen modificaciones reseñables con respecto a la normativa general (72).

Tampoco puede dejarse a un lado el hecho de que las cooperativas sanitarias de seguros se rigen, además, por las modificaciones resultantes de la aplicación de la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado 30/1995 y del Reglamento de 1985.

#### **A) La Ley General de Cooperativas 3/1987.**

Entre el articulado de la Ley General de Cooperativas se recogen, en relación a la integración empresarial, cuatro menciones incluidas en los Títulos I y III:

##### **A.1) El Título III se dedica exclusivamente al asociacionismo cooperativo.**

Este Título está dividido en dos capítulos en los que se trata: en el primero a las asociaciones cooperativas, y en el segundo al Consejo Superior del Cooperativismo, que en la actualidad ha sido suprimido, y cuyas funciones son atribuidas al Instituto Nacional de Fomento y Economía Social (INFES) (73).

En cuanto a las asociaciones cooperativas la citada Ley expone que "para la defensa y promoción de sus intereses, en cuanto a Sociedades Cooperativas, éstas podrán asociarse libre y voluntariamente en Uniones, Federaciones y

---

(70) ESPAÑA: REAL DECRETO 84/1993 de 22 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley 13/1989, de 26 de mayo, de Cooperativas de Crédito, B.O.E. N. 43, del 19 de febrero, disposición adicional tercera.

(71) ESPAÑA: REAL DECRETO 1345/1992 de 6 de noviembre, para la adaptación de las disposiciones que regulan la tributación sobre el beneficio consolidado de los grupos de sociedades cooperativas, B.O.E. N. 292 de 5 de diciembre.

(72) Entre las diferentes normas autonómicas la que regula con más detalle este aspecto es la Ley Vasca: COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 4/1993..., "Opus cit", arts. 76-84.

(73) ESPAÑA: LEY 31/1990..., "Opus cit", art. 98.cuarto.



Confederaciones Cooperativas, sin perjuicio de poder acogerse a cualquier otra forma asociativa de acuerdo con la legislación general reguladora del derecho de asociación" (74).

Del texto anterior puede sacarse la conclusión de que existen dos sistemas de asociacionismo cooperativo, el de la Ley de Cooperativas y el de la Legislación General. A diferencia del último, el primero queda limitado a tres modalidades, Uniones, Federaciones y Confederaciones, en las que la citada Ley profundiza, y a las que se hará cumplida referencia más abajo.

A.2) En el Capítulo XIII del Título I, se regulan las sociedades cooperativas de segundo y ulterior grado, así como otras formas de colaboración.

Las sociedades cooperativas de segundo o ulterior grado son analizadas más abajo. Por lo que respecta a otras formas de colaboración, se permite a las sociedades cooperativas de primer, segundo o ulterior grado, contraer vínculos societarios o formar consorcios con otras personas físicas o jurídicas para la consecución de su objeto social. Los beneficios o intereses obtenidos por las sociedades cooperativas en los supuestos citados anteriormente, se destinarán al Fondo de Reserva Obligatorio.

A.3) El capítulo X del Título I se dedica a la fusión y escisión. Estos aspectos son ampliamente desarrollados más abajo.

A.4) En el capítulo XII del Título I, dedicado a las diferentes clases de sociedades cooperativas, se incluye a las cooperativas de servicios.

Aunque las cooperativas de servicios aparezcan como un tipo más de sociedad cooperativa, y dentro del sector de la salud incluye a las farmacéuticas, se trata de una fórmula de integración por la que pueden asociarse titulares de explotaciones, personas físicas y jurídicas, y profesionales o artistas.

---

(74) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 158.

B) Las normas autonómicas.

Entre las modificaciones incluidas en las normas autonómicas con respecto a la integración, la más destacada para la sanidad es la Ley Catalana de Cooperativas (75). En esta norma se incorpora la sociedad cooperativa de segundo grado dentro de las sanitarias, y además se regula la citada entidad mediante la posterior aprobación del Reglamento sobre las Cooperativas Sanitarias de Segundo Grado (76).

Por lo que respecta al resto de normas autonómicas las que mayor atención presta a los procesos de concentración es la Ley de cooperativas vasca (77).

C) El Real decreto 84/1993.

El principal objetivo de este Real Decreto es aprobar el Reglamento de desarrollo de la Ley de Cooperativas de Crédito, sin embargo entre sus disposiciones adicionales se incluye a las cooperativas de integración.

Se trata de una fórmula de concentración empresarial en la que pueden tomar parte todo tipo de sociedades cooperativas, y no solamente las de crédito.

D) El Real Decreto 1345/1992.

Con este Real Decreto se dictan las normas para la tributación sobre el beneficio consolidado de los grupos de sociedades cooperativas, según se estableció en la Ley 20/1990 de sobre el régimen fiscal de las cooperativas (78). Además, se define el grupo de sociedades cooperativas.

---

(75) COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY 1/1992..., "Opus cit", art. 99.4.5.6.

(76) COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: DECRETO 176/1993 de 13 de julio, sobre las cooperativas sanitarias de segundo grado y aprobación de su Reglamento, D.O.G.C. N. 1776, de 28 de julio.

(77) COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 4/1993..., "Opus cit", arts. 76-84.

(78) ESPAÑA: LEY 20/1990..., "Opus cit", Disposición Final Segunda.

### **5.3. Las sociedades cooperativas del sector de la salud ante las formas de cooperación económico-empresarial.**

La característica común de la cooperación económico empresarial consiste en someter a un grupo de sociedades a una dirección única o coordinada. Los mecanismos para la obtención de los mismos son muy diversos siendo posible que la vinculación se logre contractualmente, mediante participación en el capital de otras empresas, o simplemente mediante el control de las decisiones de éstas a través de sus directivos.

Esta diversidad permite utilizar diferentes criterios para clasificar los modelos de cooperación económico empresarial (79), destacando: la relación entre las empresas, el objeto social, la estructura, la fase del proceso productivo en que se asocian, la vinculación patrimonial, y la naturaleza del vínculo que las une.

#### **A) En función del mecanismo de relación entre las empresas.**

Existen dos mecanismos para regular la relación entre empresas: la subordinación y la colaboración.

- La subordinación se produce cuando las diferentes sociedades se encuentran sometidas a la dirección única de otra sociedad.
- La colaboración consiste en la coordinación entre sí de las sociedades a la hora de tomar acuerdos, pudiendo existir o no un órgano central de vigilancia o control de los citados acuerdos.

#### **B) En función de su objeto social.**

El objeto social de la sociedad dominante de un grupo o de la mayoría de las empresas que lo forman permite distinguir entre grupos financieros, industriales, comerciales, agrícolas, etc.

#### **C) En función de la estructura adoptada.**

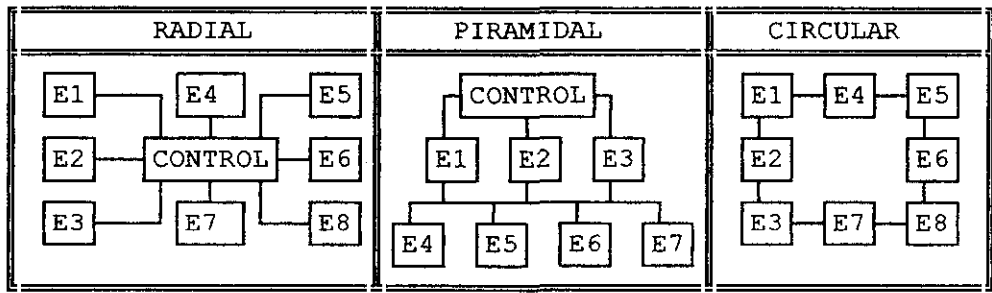
Este criterio hace posible diferenciar entre los grupos con estructura radial, piramidal o circular (cuadro 57).

- Radial. Se produce cuando el control es realizado desde el centro de la estructura, estableciendo una dependencia directa del resto de empresas.
- Piramidal. En este caso el control es realizado escalonadamente.
- Circular. El control es compartido por las empresas que forman el grupo.

---

(79) M. BROSETA PONT: **Manual de Derecho Mercantil**, Tecnos, Madrid, 1990, (8ª ed.), pp. 343-245.

CUADRO 57. CONCENTRACION EN FUNCION DE LA ESTRUCTURA ADOPTADA.



D) En función de la fase del proceso productivo en el que se asocian.

Dependiendo de la fase productiva en la que se encuentran las empresas objeto de la asociación, se diferencia entre integración horizontal e integración vertical, a las que se ha hecho referencia más arriba (80):

- La integración horizontal.

Se produce cuando las empresas integradas se encuentran en la misma fase del proceso productivo. Suelen poner en común factores de producción con el objeto de producir conjuntamente.

- La integración vertical.

Consiste en la reunión de empresas que actúan en diferentes fases del proceso productivo con actividades normalmente complementarias. El objetivo es ampliar su actividad a fases o etapas de producción anteriores y/o posteriores del citado proceso productivo.

E) En función de la vinculación patrimonial.

Este sistema de clasificación permite diferenciar entre aquellos procesos de concentración que implican una transmisión del patrimonio entre las empresas participantes, y aquellas en las que ésta no es necesaria (81).

(80) S. ALVAREZ MELCON: "Integración horizontal e integración vertical", en VARIOS: **Diccionario económico de la Empresa**, Pirámide, Madrid 1977, p. 209.

(81) Entre las posibles clasificaciones de los procesos de concentración también puede destacarse la realizada basándose en la vinculación patrimonial por: C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "La concentración...", "Opus cit", p. 439.

F) En función de la naturaleza del vínculo que las une.

El vínculo que une a las sociedades es uno de los criterios más utilizados para su clasificación. En función del mismo se diferencian aquellos grupos cuyo mecanismo de cohesión es contractual, real, o personal.

- Vínculo contractual. Las sociedades aparecen cohesionadas mediante un contrato.
- Vínculo real. El control del grupo se realiza mediante la participación de una sociedad en el capital de otra u otras.
- Vínculo personal. La elección o nombramiento por parte de una empresa de los administradores de otra y otras es el sistema utilizado para asegurarse su control.

La actual estructura de las diferentes figuras societarias y de otras formas de integración del sector de la salud hacen que el último criterio sea el más apropiado para realizar una ordenada clasificación y análisis de los mismos. Sin embargo, es preciso hacer referencia a la relación de este criterio con el de la vinculación patrimonial. El paralelismo entre ambos parece claro si se tiene en cuenta la existencia de vinculación patrimonial en las uniones de carácter real, y la inexistencia de vínculos patrimoniales en las uniones contractuales y en las personales.

El hecho de que jurídicamente no exista diferenciación entre los grupos de sociedades unidos mediante forma real, de los creados de manera personal, hace que los citados grupos de sociedades no se adecuen al criterio de la vinculación patrimonial. El problema surge, como consecuencia de que tratándose de una misma forma de concentración (el grupo de sociedades) se puede incluir a la vez dentro de las agrupaciones en las que existe vinculación patrimonial, y dentro de aquellas en las que la mencionada vinculación no se produce.

Esta situación se soluciona diferenciando entre las uniones contractuales y no contractuales, y dentro de las últimas las que tienen únicamente un vínculo real, de aquellas en las que se puede mezclar éste con el vínculo personal (cuadro 58).

CUADRO 58. RELACION ENTRE LOS CRITERIOS DE VINCULACION

CON VINCULO CONTRACTUAL		SIN VINCULACION PATRIMONIAL
SIN VINCULO CONTRACTUAL	REAL O PERSONAL	G DE SOCIEDADES
	SOLO REAL	CON VINCULACION PATRIMONIAL

Por otra parte también es conveniente analizar separadamente, dada la naturaleza de las sociedades cooperativas, las formas de concentración genéricas para todas las sociedades que actúan en el sector de la salud, y las que se aplican específicamente a las sociedades cooperativas. Este conjunto de posibilidades se pone de manifiesto en el cuadro 59, donde se determina el proceso analítico que se sigue a partir de este momento.

CUADRO 59. FORMAS DE COOPERACION ECONOMICO-EMPRESARIAL.

GENERICAS	CON VINCULO CONTRACTUAL	CON FIGURA SOCIETARIA JURIDICA	UTE
			AIE (AEIE)
		SIN FIGURA SOCIETARIA JURIDICA	CARTEL
			CONSORCIO
	SIN VINCULO CONTRACTUAL	VINCULO REAL O PERSONAL	CENTRAL DE C Y V
		VINCULO UNICAMENTE REAL	GRUPO DE EMPRESAS (HOLDING)
			FUSION
			ABSORCION
ESCISION			
	SEGREGACION		
		CESION DE CARTERA	
ESPECIFICAS	COOPERATIVAS DE SEGUNDO GRADO		
	ASOCIACION DE COOPERATIVAS	UNIONES	
		FEDERACIONES	
		CONFEDERACIONES	
	COOPERATIVAS DE INTEGRACION		
SOCIEDAD COOPERATIVA DE SERVICIOS			

Además, cada una de las fórmulas analizadas es tratada inicialmente de forma genérica para luego pormenorizar en el procedimiento y características aplicables a las sociedades cooperativas del sector de la salud por las normas específicas que rigen a las mismas.

### **5.3.1. Formas de concentración genéricas.**

Existe un conjunto de formas de concentración aplicables tanto a las cooperativas como al resto de sociedades. Como se ha señalado más arriba, el criterio utilizado para su clasificación consiste en la existencia o no de un vínculo contractual.

#### ***5.3.1.1. Derivadas de vínculo contractual.***

En este caso un acuerdo o convenio actúa como aglutinante entre las distintas sociedades con el fin de lograr su agrupación.

La autonomía jurídica de las empresas participantes, se conserva de forma íntegra, al igual que sucede con sus patrimonios, pero ven reducida su autonomía económica al quedar supeditados a un acuerdo. El grado de pérdida de autonomía económica depende del tipo de acuerdo adoptado, y se debe a la disciplina interna sin la cual no sería posible actuar de forma coordinada.

El contrato es el medio de cohesión, aunque hay que diferenciar entre aquellos para los que el ordenamiento jurídico reconoce una figura societaria específica, de los acuerdos tácitos o explícitos sin figura societaria reconocida, que se acogen a diferentes formas societarias, generalmente sociedades anónimas.

##### **5.3.1.1.1. Con figura societaria específica.**

El ordenamiento jurídico español, con el objeto de promover la colaboración empresarial, ha regulado diferentes figuras societarias relacionadas con la concentración empresarial. En la actualidad sólo subsisten las Uniones Temporales de Empresas y las Agrupaciones Voluntarias de Empresas.

###### ***5.3.1.1.1.1. La Unión Temporal de Empresas (U.T.E.).***

Para analizar su estructura y funcionamiento conviene estudiar separadamente diferentes aspectos como su regulación jurídica, concepto y finalidad, denominación y funcionamiento, miembros y personalidad jurídica, formalización, y régimen fiscal.

#### A) Regulación jurídica.

Están reguladas por la Ley 18/1982 sobre Agrupaciones y Uniones Temporales de Empresas (82), cuyo régimen fiscal ha sido modificado por la Ley 12/1991 sobre Agrupaciones de Interés Económico (83). Esta última norma deroga a la primera en el régimen relativo a las Agrupaciones de Empresas.

#### B) Concepto y finalidad.

Se trata de contratos de colaboración entre varios empresarios, de carácter temporal. Su objetivo exclusivo es el desarrollo o ejecución de la obra, servicio o suministro indicado en el momento de su constitución. Por lo tanto, tras la finalización de éste la Unión quedará extinguida. Sin embargo, también están autorizadas para el desarrollo o ejecución de obras o servicios complementarios al objeto principal (84).

La duración de la Unión Temporal de Empresas coincide siempre con la de su objeto, siendo posible que la relación entre empresarios se produzca durante un tiempo determinado o no, pero siempre sin superar 10 años, salvo prórroga concedida anualmente por el Ministro de Hacienda.

#### C) Denominación y funcionamiento.

Estas figuras societarias cuentan con un gerente único, con poder para ejercitar los derechos y obligaciones de la Unión, que opera bajo una denominación en la que aparecen el nombre de una o de todas las empresas agrupadas, seguida de la expresión "Unión Temporal de Empresas, Ley 18/1982".

#### D) Personalidad jurídica y miembros.

El contrato de Unión Temporal de Empresas da lugar a organizaciones sin personalidad jurídica, en las que los empresarios miembros pueden ser personas físicas o jurídicas.

---

(82) ESPAÑA: LEY 18/1982..., "Opus cit".

(83) ESPAÑA: LEY 19/1991..., "Opus cit", Disposición Derogatoria.

(84) F. SANCHEZ CALERO: *Instituciones de...*, "Opus cit", p. 361.



La responsabilidad de los miembros frente a terceros, por los actos realizados por las Uniones Temporales, es personal, solidaria e ilimitada.

#### E) Formalización.

Las Uniones Temporales de Empresas deben formalizarse en escritura pública, cuyos requisitos formales se encuentran recogidos en la Ley 18/1982 (85). Su inscripción no se realiza en Registro Mercantil, sino en uno voluntario de carácter administrativo del Ministerio de Economía y Hacienda. La inscripción en el mismo permite una serie de ventajas fiscales que son analizadas más abajo.

#### F) Régimen fiscal.

El régimen fiscal al que están sujetas estas uniones, constituye uno de los estímulos para su fomento. Como se ha señalado más arriba estas normas fueron modificadas por la Ley 12/1991 (86) y, a su vez, han sido reguladas nuevamente por la Ley 43/1995 (87) sobre el Impuesto de Sociedades. Los aspectos más destacados son:

##### F.1) En relación al Impuesto sobre Sociedades.

Las Uniones Temporales de Empresas inscritas en el mencionado registro tributarán en el régimen de transparencia fiscal (88) con las siguientes modificaciones:

- La parte de la base imponible de las empresas miembro residentes en España, es imputada a dichas empresas, por lo que la U.T.E. sólo tiene que tributar en el Impuesto de Sociedades por las personas físicas que la forman.
- Las limitaciones relativas a la imputación de bases imponibles negativas no se aplican en los mismos términos establecidos para el régimen de transparencia fiscal.

---

(85) ESPAÑA: LEY 18/1972..., "Opus cit", art. 8.e.

(86) ESPAÑA: LEY 12/1991..., "Opus cit", Disposiciones Adicionales 1ª y 2ª.

(87) ESPAÑA: LEY 43/1995..., "Opus cit", art. 68.

(88) La normativa sobre el régimen de transparencia fiscal se encuentra recogida en: ESPAÑA: LEY 43/1995..., "Opus cit", arts. 75-77. En las misma se determina que las sociedades transparentes tributarán por el Impuesto de Sociedades según el régimen general. De la misma forma imputan a sus socios los resultados positivos, tributando estos en sus respectivos impuestos (renta o sociedades). Además, los citados socios, al declarar las rentas que les hayan sido imputadas, pueden deducirse la parte correspondiente de la cuota pagada por la sociedad transparente.

En el caso de empresas miembros de la Unión residentes en el extranjero, pueden optar por el método de exención por las rentas procedentes del extranjero.

F.2) Por lo que respecta al Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados.

Las Uniones Temporales de Empresa inscritas en el Registro del Ministerio de Economía y Hacienda, gozan de exención en este impuesto para las operaciones de constitución, ampliación, reducción, disolución y liquidación. También se benefician en los mismos términos aquellos contratos y demás documentos de necesaria formalización para su constitución.

F.3) En relación al Impuesto sobre el Tráfico de Empresas.

Aquellas Uniones Temporales de Empresas inscritas en el citado registro, tienen una bonificación del 99% sobre las operaciones sujetas al Impuesto sobre el Tráfico de Empresas vigente en Ceuta, Melilla, y Canarias, siempre que estas operaciones se realicen entre una Unión Temporal y uno de sus miembros y sean consecuencia del objeto de constitución de la agrupación de empresarios.

Cuando las operaciones sean entre dos sociedades miembros y se produzcan a través de la Unión Temporal, la bonificación no puede generar una cuota tributaria inferior a la que las empresas hubieran devengado si actúan directamente.

Excepto en el último supuesto mencionado, la bonificación no se aplica a las operaciones realizadas, directa o indirectamente, entre las empresas miembros o entre éstas y terceros.

#### **5.3.1.1.1.2. La Agrupación de Interés Económico (A.I.E.).**

La Agrupación de Interés Económico es creada como figura asociativa para sustituir a la Agrupación de Empresas, adaptando la nueva figura a las perspectivas de la integración europea. Además, hay que mencionar las Agrupaciones Europeas de Interés Económico (A.E.I.E.), cuyas diferencias con la figura española son estudiadas más abajo.

El análisis de las A.I.E. se realiza en los mismos apartados que las Uniones Temporales de Empresa.

#### A) Regulación jurídica.

Están reguladas por la Ley 12/1991 sobre Agrupaciones de Interés Económico (89), y supletoriamente por las normas de la sociedad colectiva compatibles con su naturaleza.

El objetivo de la Ley 12/1991 es regular de forma conjunta las A.I.E. y las A.E.I.E. en los términos permitidos por el Reglamento (CEE) 2137/1985 del Consejo (90).

#### B) Concepto y finalidad.

Son sociedades mercantiles, sin ánimo de lucro para sí mismas, cuya finalidad es facilitar los resultados de la actividad de sus socios. El objeto exclusivo de estas sociedades es el desarrollo de una actividad económica auxiliar y diversa de la realizada por sus socios, que en ningún caso puede llegar a sustituirla.

Las A.I.E. no pueden poseer participaciones en las empresas miembros, ni dirigir o controlar sus actividades o las de terceros.

#### C) Denominación y funcionamiento.

En su denominación debe aparecer la expresión "Agrupación de Interés Económico", o las siglas "A.I.E.".

Son administradas por una o más personas, designados en la escritura de constitución o nombrados mediante acuerdo de los socios, cuyos actos vinculan a la Agrupación salvo disposición en contra en la escritura.

Los acuerdos adoptados por la asamblea de socios deben tomarse, por regla general, con unanimidad. Esta unanimidad se aplica incluso a los socios no asistentes a la asamblea en determinados casos (91).

---

(89) ESPAÑA: LEY 12/1991..., "Opus cit".

(90) UNION EUROPEA: REGLAMENTO 2137/85/CEE DEL CONSEJO..., "Opus cit".

(91) ESPAÑA: LEY 12/1991..., "Opus cit", art. 10.

#### D) Personalidad jurídica y miembros.

Estas Agrupaciones tienen personalidad jurídica y carácter mercantil. Sus socios pueden ser personas, físicas o jurídicas, que realicen actividades empresariales, agrícolas o artesanales, también pueden formar parte de las mismas las entidades no lucrativas dedicadas a la investigación, y quienes ejerzan profesiones liberales.

Las circunstancias personales de los socios aparecen en el régimen de admisión, separación y pérdida de dicha condición. Estos socios responden personal y solidariamente de las deudas sociales, aunque con carácter subsidiario con respecto a la Agrupación.

#### E) Formalización.

Las A.I.E. deben constituirse en escritura pública, cuyo contenido se recoge en la Ley 12/1991 (92), e inscribirse en el Registro Mercantil.

#### F) Régimen fiscal.

Se rigen por las normas generales de imposición, aunque se establecen algunas peculiaridades con el objetivo de fomentar la cooperación entre empresarios. A diferencia de lo que ocurre en las Uniones Temporales de Empresas, para poder beneficiarse de estas particularidades no es necesario que estén inscritas en un registro especial, sino que todas tienen derecho a las mismas, ya que la inscripción en el Registro Mercantil es obligatoria. Entre las citadas peculiaridades destacan:

##### F.1) En relación al Impuesto sobre Sociedades.

A partir de la entrada en vigor de la Ley 43/1995, sobre el Impuesto de Sociedades (93), se aplica la transparencia fiscal en los mismos términos mencionados en las Uniones Temporales de Empresas para los socios residentes en territorio español. Por ello sólo la tributación de los socios residentes en el extranjero se recoge en su modalidad europea.

##### F.2) Por lo que respecta al Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados.

---

(92) ESPAÑA: LEY 12/1991..., "Opus cit", art. 8.

(93) LEY 43/1995..., "Opus cit", art. 66.

Gozan de exención en las mismas operaciones que las Uniones Temporales de Empresas, y además se amplía a las transformaciones de A.I.E. en cualquier sociedad, o de estas últimas en A.I.E., incluidas las Sociedades de Empresas y Agrupaciones de Empresa.

F.3) En relación al Impuesto sobre el Tráfico de Empresas.

La reducción en un 99% de este impuesto es aplicable en las mismas condiciones expuestas para las Uniones Temporales de Empresas.

5.3.1.1.1.2.1. La Agrupación Europea de Interés Económico (A.E.I.E.).

Las A.E.I.E. se inspiran en el Grupo Europeo de Cooperación (G.E.C.) "como instrumento destinado a facilitar a las empresas la posibilidad de ejercer en común determinadas actividades... sin prejuzgar su individualidad ni su autonomía jurídica y económica" (94).

Su regulación pretende ser el marco jurídico que facilite la adaptación de las actividades de colaboración económica a las condiciones de la Unión Europea (95). Esta figura societaria cumple la misma función que la A.I.E. en el ámbito Comunitario. Se rigen por el Reglamento 2137/1985 del Consejo de las Comunidades Europeas (96), aunque para aquellas que tengan domicilio en España es aplicable la Ley para A.I.E. en los aspectos autorizados por el citado Reglamento.

Sus características son similares a las estudiadas para las A.I.E. aunque hay que hacer algunas salvedades:

- Se enviará copia de la escritura, una vez inscrita en el Registro Mercantil, a la oficina de publicaciones oficiales de la Unión Europea.
- En el tratamiento fiscal, el régimen de transparencia fiscal se aplica también a los rendimientos obtenidos en España por A.E.I.E.. Se mantiene la inexistencia de limitaciones en la imputación de bases imponibles negativas, pero la no tributación en el Impuesto de Sociedades se aplica tanto a socios residentes como no residentes en España. Además, se

---

(94) L. FERNANDEZ DE LA GANDARA, y A.L. CALVO CARAVACA: **Derecho Mercantil...**, "Opus cit", p. 97.

(95) G.J. JIMENEZ SANCHEZ: **Derecho Mercantil...**, "Opus cit", pp. 370-375.

(96) UNION EUROPEA: REGLAMENTO 2137/85/CEE DEL CONSEJO..., "Opus cit".

hace una diferenciación entre dichas Agrupaciones según sean o no residentes en territorio español, y, en ambos casos, en función de la residencia de sus socios (97).

#### 5.3.1.1.2. Sin figura societaria jurídica.

Dentro de los procedimientos de colaboración, empresarial con origen en un acuerdo por las partes, existe un grupo de ellos que no son recogidos por el ordenamiento jurídico como figuras societarias. Se trata de acuerdos que pueden generar fórmulas de colaboración, con diferente grado de vinculación y trascendencia al exterior, y cuya concreción es posible realizarla en diferentes formas jurídicas. Entre estos tipos vamos a destacar el "cártel", el consorcio y la central de compras y ventas.

##### 5.3.1.1.2.1. El "cártel".

También denominado "pool", nace en Alemania como un sistema para mantener el precio de los productos mediante la reducción de la producción (98). Los contratos que dan lugar a un "cártel" unen a sociedades con el objeto de reducir la competencia entre ellas, limitando y regulando el sector del mercado en el que operan en busca del dominio del mismo. Por ello suelen formar parte de éstos sociedades interesadas en la misma fase o ciclo de producción.

Se basan en un pacto, que elimina rigidez y formalidad, pudiendo perseguir cualquiera de los beneficios que se consiguen con una situación de monopolio, lo que diferencia al "cártel" de otras asociaciones contractuales.

Las empresas integrantes mantienen su personalidad jurídica y su independencia financiera, aunque la autonomía de éstas depende de la naturaleza del acuerdo. Así se puede hablar de diferentes tipos de "cártel" atendiendo a la trascendencia exterior del pacto o al contenido de los acuerdos.

---

(97) La regulación del Impuesto sobre Sociedades se encuentra recogida en: LEY 43/1995..., "Opus cit", art. 67.

(98) L.T. DIEZ DE CASTRO: "Cártel" en VARIOS: **Diccionario económico de la Empresa**, Pirámide, Madrid 1977, p. 74.

A) Atendiendo a la trascendencia exterior del pacto se diferencia entre (99):

A.1) "Cártel simple", cuando el acuerdo vinculativo apenas trasciende al exterior, lo que permite actuar a las sociedades manteniendo su autonomía plena dentro de los límites del pacto.

A.2) "Cártel con órgano central", se produce cuando existe un organismo centralizador que fija los criterios que van a seguir las empresas participantes, limitando así la autonomía de las mismas.

B) Atendiendo al contenido de los acuerdos es posible diferenciar dos tipos de "cártel" (100):

B.1) "Cártel territorial", por el que las empresas participantes se reparten las zonas geográficas en las que pueden actuar cada una de ellas.

B.2) "Cártel de precios y cantidades", en los que la base de la concentración consiste en determinar un determinado volumen de producción o la regulación de los precios.

Los sectores más propicios para la aparición de "cárteles" aparecen en aquellos en los que se cumplen los siguientes requisitos (101):

- Se encuentran dominados por un pequeño número de empresas.
- El producto es relativamente uniforme y existen muchas dificultades para su sustitución.
- El precio es considerablemente sensible a la coyuntura económica.

#### 5.3.1.1.2.2. *El consorcio.*

La palabra consorcio en el lenguaje común lleva asociada la idea de "asociación" o de "unión de cosas que contribuyen al mismo efecto" (102). Desde el punto de vista económico, y como fórmula para la concentración empresarial, los consorcios consisten en la "asociación de varias empresas industriales" (103).

Los consorcios se manifiestan como acuerdos o convenios reguladores de una serie de relaciones cuyo fin es la consecución de un bien común.

---

(99) R. URÍA: **Derecho...**, "Opus cit", p. 539.

(100) F. TORRES GONZÁLEZ: **Lecciones de economía**, Tomo II, Gráficas Velasco, Madrid 1986, pp. 612 y 613.

(101) A.S. SUÁREZ SUÁREZ: **Decisiones óptimas...**, "Opus cit", p. 700.

(102) M. MOLINER: **Diccionario de uso del español**, Gredos, Madrid, 1977, (A-G, Tomo I), p. 735.

(103) J. CASARES: **Diccionario ideológico de la lengua española**, Gustavo Gili, 1975, (2ª ed.), p. 213.

Históricamente han aparecido en diferentes ramas de actividad, y con una composición muy variada. No existe una normativa que regule de forma genérica a los mismos, aunque si aparece recogida en diferentes disposiciones sectoriales en las que se establecen sus características específicas. Entre éstas pueden mencionarse las normas contenidas en la Ley de Régimen Local de 1970 y sus reglamentos (104), así como las reguladoras del Consorcio de Compensación de Seguros (105) o el Consorcio Regional de Transportes Públicos de Madrid (106).

Existen diferentes criterios para clasificar los consorcios (107). Si se utiliza el criterio basado en los miembros que los forman se distingue entre los consorcios públicos, los privados y los mixtos.

A) Consorcios públicos. Dentro de estos se encuentran:

A.1) Los Consorcios como comunidad de bienes, en ocasiones recogidos como Consorcios forales, recoge acuerdos o convenios económicos del Estado con las provincias con un régimen fiscal peculiar.

A.2) Los Consorcios como organizaciones de la Administración Pública. Se trata de organizaciones de la Administración del Estado, dispuestas y controladas por ella para realizar determinados servicios públicos o actividades de interés económico. Entre estos se encuentran el Consorcio de Industrias Militares, el Consorcio de Compensación de Seguros, o el Consorcio Nacional de Marina Mercante.

A.3) Otros consorcios públicos. También pueden considerarse como consorcios públicos a las asociaciones integradas por entes públicos, de igual o diferente rango y naturaleza, como las Comunidades de Tierra o Mancomunidades. El fin de estas últimas es la realización de los fines propios de varios municipios, relativos a obras o prestación de servicios.

B) Consorcios privados. Dentro de esta modalidad únicamente se produce una participación privada.

La diferenciación entre sus manifestaciones se realiza atendiendo al sector de actividad en el que operan, ya que en su regulación aparecen soluciones de naturaleza consorcial. Entre estos hay que destacar el aprovechamiento de aguas, facilitar servicios comunes o explotar

---

(104) ESPAÑA: DECRETO-LEY 13/1970 de 12 de noviembre, por el que se aprueba la Ley de Régimen Local, **B.O.E.** N. 274, de 16 de noviembre.

(105) ESPAÑA: LEY de 17 de mayo de 1940, por el que se crea el Consorcio de Compensación de Seguros de Vida, **B.O.E.** N. 148, de 27 de mayo.

(106) COMUNIDAD DE MADRID: LEY 4/1986 de 12 de junio, por la que se modifica la Ley de 16 de mayo de 1985, de Creación del Consorcio Regional de Transportes Públicos de Madrid, **B.O.C.A.M.** N. 149, de 25 de junio.

(107) M. GARCIA PADRON: *Las sociedades Cooperativas en el Derecho Privado Español*, Servicio de Publicaciones de la Caja General de Ahorros de Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, 1971, pp. 175 y 176, distingue entre consorcios reales y consorcios obligacionales en función del vínculo patrimonial o contractual.



de forma común minas, o las asociaciones de propietarios de montes para su mejor aprovechamiento.

C) Consorcios mixtos. Incluyen aquellos consorcios con participación pública y privada, entre los que pueden diferenciarse:

C.1) Consorcio como contrato de obligaciones. Se trata de un conjunto de vínculos constituido entre dos o más partes, una de las cuales es siempre la Administración Pública. En el caso de que la otra parte sea también la Administración estos consorcios quedarían integrados en los consorcios públicos.

C.2) Consorcios como asociaciones con fines relevantes para la Administración Pública. Pueden incluirse las asociaciones de interés público en las que la Administración Pública o bien forma parte de ellas, o bien interviene en ellas de algún otro modo. Están reguladas por disposiciones del ordenamiento jurídico administrativo.

Hay que señalar las importantes analogías que se pueden establecer entre los consorcios privados y la mayoría de las sociedades cooperativas. Esta analogía se pone de manifiesto si se tiene en cuenta el sistema de organización y el fin no lucrativo de ambos, aunque los objetivos de los consorcios tienen aparentemente un contenido más encuadrable dentro de los fines sociales.

#### **5.3.1.1.2.3. La central de compras y ventas.**

Como respuesta a la transformación que está sufriendo el sistema de distribución comercial, han surgido nuevas fórmulas en la compra y venta. Una de éstas es la formación de centrales de compras y ventas que asocian a un número variable de empresas, para lograr mejores condiciones frente a los proveedores, gracias al aumento de su potencial de compra y venta, así como cualquier otra ayuda.

Por lo tanto el objetivo de esta forma de concentración empresarial consiste en ejercer un mayor poder en el mercado mediante la realización de acuerdos, que permitan efectuar bajo una dirección única los procesos de aprovisionamiento de factores o entradas, o de comercialización conjunta de productos o salidas. El acuerdo, que da lugar a las mencionadas centrales, no tiene una figura jurídica específica por lo que suelen adoptar la forma de sociedades cooperativas o de sociedades anónimas.

Los socios pertenecientes a estas centrales, mantienen su personalidad jurídica y total autonomía, en lo que se refiere a la administración individual de las empresas que la integran.

En función del mercado en el que operen pueden distinguirse (108):

A) Las centrales de compra en común.

Realizan conjuntamente la adquisición de materias primas y demás factores que intervienen en el proceso productivo. Con ello las empresas que componen la central, ejercen mayor fuerza sobre los suministradores a la hora de fijar plazos de entrega, formas de pago, calidad o precio.

B) Las centrales de venta en común.

Efectúan de manera centralizada la comercialización de sus productos. Entre las tareas realizadas por estas centrales se encuentran las campañas publicitarias conjuntas, la unificación de productos y precios, o la búsqueda de mercados de expansión. Realizan una misión similar a la de las centrales de compra, pero dentro del mercado de productos terminados.

### ***5.3.1.2. Sin vínculo contractual.***

Junto a las fórmulas de concentración vinculadas por un contrato, aparecen una serie de alternativas en las que la cohesión se produce mediante la participación, total o parcial, en el capital de otras sociedades, o a través del control de los directivos de las mismas.

Esto permite diferenciar, dentro de la concentración sin vinculación contractual, entre las fórmulas que pueden tener un vínculo real o personal, de las que únicamente presentan una vinculación real.

#### **5.3.1.2.1. Vínculo real o personal.**

Entre las formas de concentración que pueden presentar un vínculo real o personal se encuentran los grupos de empresas. Además, muy relacionados con éstos aparecen el proceso de consolidación, y el "holding".

---

(108) A.S. SUAREZ SUAREZ: **Decisiones óptimas...**, "Opus cit", p. 728.

### 5.3.1.2.1.1. Grupo de Empresas.

Los grupos de empresas constituyen una fórmula de concentración empresarial no contractual, en la que el vínculo de unión puede ser real o personal. La legislación española no diferencia entre los grupos de sociedades formados de una u otra forma, por lo que hay que considerar ambas posibilidades.

Las sociedades (filiales o dominadas), basadas en el principio de subordinación, se vinculan bajo una dirección común de otra sociedad (matriz o dominante) (109). Los mecanismos de instrumentación pueden ser:

- Reales, mediante la propiedad de acciones o participaciones.
- Personales, si la matriz tiene la posibilidad de nombrar a los administradores o principales cargos de las filiales.

Las sociedades integrantes del grupo, conservan su personalidad jurídica, pero no la económica, presentando como principal característica la unidad de dirección.

En la práctica, resulta complicado determinar las empresas que pertenecen a los diferentes grupos, dada la existencia de distintos grados de cohesión y las variadas relaciones de dependencia empresarial. El ordenamiento jurídico español tampoco recoge un criterio unánime para la identificación de estos grupos, ya que legislación mercantil, contable y fiscal tienen contenidos diferentes.

#### A) Para la legislación mercantil y contable.

##### A.1) En la legislación mercantil.

Hay que acudir al concepto de grupo de sociedades recogido en la Ley del Mercado de Valores (110). Según éste, se consideran pertenecientes a un mismo grupo las entidades que ostenten una unidad de decisión. Esta unidad de decisión se da cuando:

- Al menos la mitad más uno de los consejeros de la sociedad dominada sean altos directivos o consejeros de la dominante, o de otra dominada por ésta.
- Cuando se cumplan los requisitos del artículo 42.1 del Código de Comercio (111), es decir:
  - \* Posea, o pueda disponer de la mayoría de los derechos de voto.
  - \* Pueda nombrar o destituir a la mayoría de los miembros del Consejo de Administración.

---

(109) Véase: A. CUERVO: "Las Corporaciones Industriales y financieras", *Economía*, 2º trimestre 1991, pp. 24-32.

(110) ESPAÑA: LEY 13/1992..., "Opus cit", art. 4.

(111) ESPAÑA: LEY 19/1989..., "Opus cit", art. 42.1.

\* Haya nombrado, contando sólo con sus votos, a la mayoría de los miembros del órgano de administración.

Por otra parte la Ley de Sociedades Anónimas, en su texto refundido (112), prevé los trasvases de capital entre sociedades del mismo grupo. Para ello prohíbe a las filiales adquirir acciones de su matriz, y lo mismo ocurre con las participaciones recíprocas tanto en empresas del grupo como fuera de él mismo.

#### A.2) Desde la perspectiva contable.

Como se ha señalado más arriba, la adaptación de la normativa española a los criterios incluidos en la Séptima directiva de la Unión Europea (113), se pone de manifiesto en el Código de Comercio, el Plan Contable de 1990 (114), y la normativa para formular cuentas anuales consolidadas (115). Los criterios incluidos en las citadas normas son similares a los utilizados en la legislación mercantil, aunque su aplicación es válida únicamente en cuanto se refieren a la consolidación.

De la comparación de ambas legislaciones se desprenden los siguientes rasgos:

- La sociedad dominante ha de ser una sociedad mercantil.
- Las sociedades dependientes pueden ser mercantiles o no.
- El elemento determinante es la dirección única, por lo que la participación en el capital de la dominada no es el único mecanismo de control.

#### B) Para la legislación fiscal.

La normativa fiscal intenta evitar la doble imposición de las empresas que forman parte del grupo que, a pesar de su falta de personalidad jurídica, han sido consideradas como sujeto tributario (116). La sociedad matriz es la representante del grupo, y se encuentra sujeta al cumplimiento de las obligaciones tributarias derivadas del régimen fiscal.

---

(112) ESPAÑA: REAL DECRETO-LEY 1564/1989..., "Opus cit", arts. 74,75,79 y 82.

(113) UNION EUROPEA: SEPTIMA DIRECTIVA..., "Opus cit", art. primero.

(114) ESPAÑA: REAL DECRETO 1643/1990..., "Opus cit".

(115) ESPAÑA: REAL DECRETO 1815/1991..., "Opus cit".

(116) F. ESTESO SANCHEZ: "Consolidación de Estados Financieros; síntesis histórica, normas fiscales y Código de Comercio", *Estudios Financieros*, N. 92, noviembre 1990, p. 44.

La legislación aplicable a los grupos de sociedades se desprende de la regulación dada a los mismos, a efectos del Impuesto de Sociedades, en la Ley 43/1995 (117).

*Las principales notas recogidas en la misma son:*

- Sólo pueden formar parte del grupo sociedades anónimas, limitadas y comanditarias por acciones, a diferencia de los que ocurría en la anterior regulación en la que esta posibilidad se limitaba a sociedades anónimas (118).
- El requisito para el dominio es la posesión del 90% del capital social de la sociedad dominada, por parte de la dominante, que a su vez no puede estar dominada por otra residente en territorio español. Además, se establecen una serie de limitaciones, en relación con la duración de la mencionada participación y del régimen de transparencia fiscal, para poder acceder al sistema de tributación para grupos de sociedades.

Estos criterios encierran una importante dosis de relatividad, ya que es posible que una empresa controle el número suficiente de derechos de voto, pero que no ejerza el citado control, lo que hace que se den situaciones de sociedades que, aún cumpliendo los requisitos estudiados, no operen como grupo en la práctica.

Problemas como el citado anteriormente han llevado a algunos autores a proponer una orientación hacia las siguientes vías (119):

- Procurar mediante la oportuna publicidad el conocimiento de los grupos de sociedades y de las vinculaciones entre las empresas que los forman.
- Buscar fórmulas para proteger los intereses de los socios minoritarios de las sociedades filiales. Entre las sugerencias realizadas para conseguir la citada protección se pueden mencionar la posibilidad de desprenderse de las participaciones a un precio superior al del mercado, o la permuta de las mismas por otras de la sociedad matriz.
- Proteger a los acreedores de las sociedades filiales, cuando no puedan hacer efectivos sus créditos sobre las filiales, mediante la posibilidad de dirigirse contra la sociedad matriz.

Dentro de los grupos de sociedades conviene hacer un estudio más detallado del proceso de consolidación, así como analizar el "holding" como grupo de sociedades.

---

(117) ESPAÑA: LEY 43/1995..., "Opus cit", arts. 78-96.

(118) ESPAÑA: LEY 18/1982..., "Opus cit", Disposición Adicional Tercera.

(119) F. SANCHEZ CALERO: *Instituciones...*, "Opus cit", pp. 358 y 359.

#### 5.3.1.2.1.1.1. La consolidación.

La consolidación se considera como "la asunción jurídico-fiscal de una técnica contable cuyo objetivo es la representación de la situación financiera, patrimonial y de resultados de un conjunto de resultados jurídicamente independientes, que por estar sometidos a un criterio común, forman un grupo económico o una unidad económica" (120).

La formulación de las cuentas anuales consolidadas está recogida en la Ley 1815/1991 (121), en la que se establecen, además de la sociedad matriz o dominante y las filiales o dominadas, otras sociedades que intervienen en el citado proceso. Se trata de las sociedades multigrupo y de las asociadas:

- Sociedades multigrupo, son sociedades gestionadas de forma conjunta por varias empresas.
- Sociedades asociadas, son aquellas en las que una empresa del grupo ejerce una influencia notable sobre otra u otras (participación al menos del 20% capital o el 3% si la dominada cotiza en Bolsa).

Para analizar el proceso de consolidación se pueden estudiar de forma separada la obligación de la formulación de estas cuentas de diferentes procesos de consolidación.

##### A) Obligación de consolidar.

Están obligadas a formular las cuentas anuales y el informe de gestión consolidados, todas las sociedades dominantes, a excepción de las incluidas en los artículos 7, 8 y 9 de la citada Ley. También están sujetas a la misma formulación las sociedades dependientes que a su vez sean dominantes. El cumplimiento de las citadas obligaciones no exime de formular las cuentas anuales y el informe de gestión al régimen que corresponda a las sociedades integrantes.

La existencia de sociedades multigrupo o asociadas no da lugar, por si sola, a la obligación de consolidar, a no ser que existan sociedades dependientes obligadas a consolidar.

##### B) Sistemas de consolidación.

Existen tres métodos de consolidación, la integración global, la proporcional y la puesta en equivalencia (cuadro 60).

---

(120) E. SANZ GADEA: "Régimen de Declaración Consolidada", **Estudios Financieros**, N. 49-50, p. 13.

(121) ESPAÑA: REAL DECRETO 1815/1991..., "Opus cit".

B.1) La integración global, se aplica como norma general a las sociedades dependientes, aunque se excluyen algunas por razones técnicas.

El método consiste en la incorporación:

- al balance de la sociedad dominante, de todos los bienes, derechos y obligaciones, y,
- a la cuenta de pérdidas y ganancias de la dominante los ingresos y gastos que determinan el resultado de las dominadas.

B.2) La integración proporcional, se aplica a las sociedades multigrupo de forma alternativa con respecto a la puesta en equivalencia.

El procedimiento para su realización es similar al analizado para la integración global, pero teniendo en cuenta la proporción que representen las participaciones de las sociedades del grupo en la sociedad multigrupo.

Se denomina Conjunto Consolidable a las sociedades a las que se aplique el método de integración global o el proporcional.

B.3) La puesta en equivalencia es aplicable a las empresas asociadas, a las multigrupo no consolidadas por integración proporcional, y a las dependientes excluidas de la integración global por concurrir con otras empresas del grupo con actividades muy diferentes. Este método consiste en sustituir el valor contable de una inversión en las cuentas de una sociedad del grupo, por el importe correspondiente a la proporción que de los fondos propios de la sociedad participada le corresponda. El citado porcentaje es el resultado de la exclusión de las acciones propias de la sociedad puesta en equivalencia respecto a su capital.

Las sociedades que forman el Conjunto Consolidable más aquellas a las que se aplica la puesta en equivalencia, forman el Perímetro de Consolidación.

CUADRO 60. METODOS DE CONSOLIDACION.

METODOS CONSOLIDACION	TIPOS DE SOCIEDADES			
I. GLOBAL	SOC. DEPENDIENTES	CONJUNTO CONSOLIDADO	P E R I M E T R O	C O N S O L I D
I. PROPORCIONAL	SOC. MULTIGRUPO			
PUESTA EN EQUIVALENCIA	RESTO SOC. DEPENDIENTES			
	RESTO SOC. MULTIGRUPO			
	SOC. ASOCIADAS			

5.3.1.2.1.1.2. El "holding" como grupo de empresas.

El origen del termino "holding", se encuentra en el verbo inglés "to hold", cuyo significado es tener o poseer. En palabras de SUAREZ "una sociedad holding es una sociedad tenedora o una sociedad de cartera, sin una actividad productiva concreta, cuya finalidad consiste en asegurarse la dirección y el control de un grupo de sociedades por medio de la adquisición y tenencia de acciones" (122).

Las sociedades "holding" se incluyen dentro de los grupos de sociedades, ya que son una modalidad de éstas en las que el vínculo de unión es fundamentalmente real. La sociedad "holding" realiza las mismas funciones que la sociedad matriz en los grupos de sociedades, pero existen algunas notas que diferencian a ambas formas de concentración. Entre las mismas destacan:

- Mientras la sociedad tenedora no realiza una actividad productiva, la matriz del grupo de sociedades si la tiene. Sin embargo a veces se utiliza el término "holding" como sinónimo de sociedad matriz con una actividad productiva concreta.
- El control ejercido por la sociedad tenedora se fundamenta en la participación, directa o indirecta, en el capital social de las filiales, mientras que la matriz del grupo de sociedades además de la forma citada pueden realizar la dirección única.

La sociedad tenedora impone a las filiales, mediante la utilización de sus derechos, como poseedora de participaciones en el capital de las empresas dependientes, la política que éstas deben seguir. Aunque, en principio, parece necesario que la sociedad tenedora posea una cifra superior al 50% del capital de las filiales, en la práctica pueden ejercer el control con cifras inferiores (123). Esto es debido al elevado grado de

(122) A.S. SUAREZ SUAREZ: **Decisiones óptimas...**, "Opus cit", p. 722.  
(123) La normativa europea establece que se presume una notable influencia de una empresa sobre otra, cuando la primera posea al menos el 20% de los derechos de voto de la segunda; UNION EUROPEA: SEPTIMA DIRECTIVA 83/394/CEE DEL CONSEJO..."Opus cit", art. 33.1.



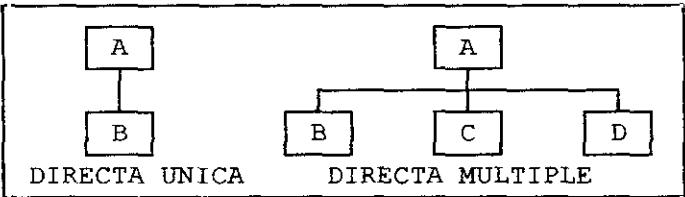
absentismo que se da en los accionistas minoritarios, a la posibilidad de estar en mayoría relativa con respecto a otros grupos de accionistas, o a la utilización de participaciones en otras empresas que a su vez participen en la filial (124).

Las modalidades de dominio basadas en la participación en el capital social de otras empresas pueden ser: directas, indirectas, triangulares, reciprocas, circulares y mixtas o complejas (125).

A) Directas.

La sociedad tenedora posee en su cartera participaciones en el capital de la filial, sin que ésta tenga ninguna relación con la primera vía participación financiera de la misma. Cuando son varias la filiales dominadas directamente mediante la participación en su capital, se produce la denominada *dependencia directa múltiple* (cuadro 61).

CUADRO 61. DOMINIO DIRECTO.



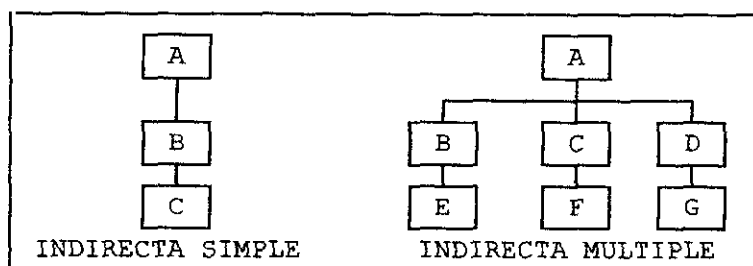
B) Indirectas.

Se produce cuando una sociedad dependiente de una tenedora, a su vez, domina directamente a otra sociedad. El número de entidades involucradas por relaciones de este tipo puede aumentar, surgiendo filiales de segundo grado, subfiliales etc. Incluso es posible utilizar varias líneas de dependencia indirecta dando lugar a la dependencia indirecta múltiple.

El porcentaje de participación efectivo de una sociedad tenedora en el capital de una filial dominada indirectamente por medio de otra sociedad, se calcula multiplicando la participación de la tenedora en la filial de primer grado, por la participación de ésta en el capital de la filial de segundo grado. Aunque el resultado obtenido con la citada operación no sea superior al 50% del capital de la filial de segundo grado, la empresa tenedora puede controlar a la primera. Esto es posible ya que la filial de segundo grado depende, vía capital, de las directrices marcadas desde la filial de primer grado, y que ésta a su vez es controlada, también vía capital, por la sociedad tenedora (cuadro 62).

(124) F. TORRES GONZALEZ: *Lecciones de...*, "Opus cit", p. 616.  
(125) A.S. SUAREZ SUAREZ: *Decisiones óptimas...*, "Opus cit", pp. 722-725.

CUADRO 62. DOMINIO INDIRECTO.



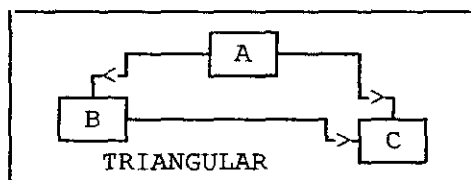
C) Triangulares.

Una sociedad domina directamente a dos empresas, pero al mismo tiempo una de las mismas participa de forma directa en la otra (cuadro 63).

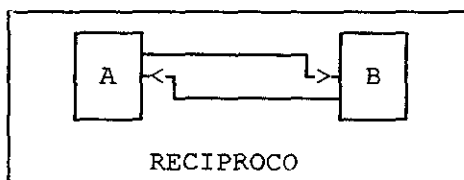
D) Recíprocas.

La dependencia es recíproca cuando una sociedad participa en una segunda, y a su vez, ésta participa en la primera (cuadro 64).

CUADRO 63 DOMINIO TRIANGULAR.



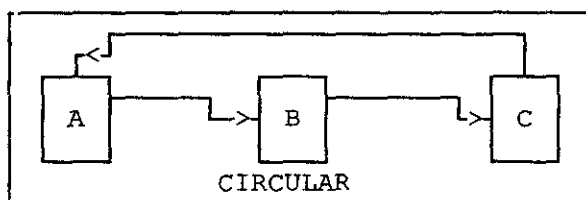
CUADRO 64. DOMINIO RECÍPROCO.



E) Circulares.

Es necesario que participen tres empresas, y se produce cuando una de ellas participa en una segunda, ésta en una tercera y a al mismo tiempo la última participa en la primera (cuadro 65).

CUADRO 65. DOMINIO CIRCULAR.



F) Mixtas o complejas.

Consiste en mezclar al menos dos de las relaciones de dependencia mediante la participación de capital que se ha expuesto más arriba.

#### 5.3.1.2.2. Vínculo únicamente real.

Mientras que en los grupos de sociedades, analizados más arriba, es posible que el vínculo de unión entre las sociedades que lo componen sea real o personal, para las fusiones, absorciones, y las cesiones de cartera sólo existe el vínculo real. Además, dentro de este apartado se analizan las segregaciones y escisiones, que en su forma pura no son fórmula de concentración, pero que pueden llevar al crecimiento empresarial de las sociedades que reciben el patrimonio de la escindida.

##### 5.3.1.2.2.1. La fusión y absorción de empresas.

La regulación de la fusión está contenida fundamentalmente, salvo las disposiciones bancarias y de seguros, dentro de la Ley de Sociedades Anónimas (126), cuyo contenido puede aplicarse por analogía a otras sociedades. Además, hay que tener en cuenta las particularidades incluidas en su régimen fiscal.

Por ello, el análisis de la fusión va a ser realizado dividido en dos apartados: características de la fusión y las implicaciones de orden fiscal.

#### A) Características de la fusión.

Existe un gran número de definiciones de estos términos económicos, algunas de las cuales van a ser repasadas antes de estudiar las características aplicables a las sociedades cooperativas del sector salud.

- Para URÍA, desde el punto de vista jurídico, la fusión es un "acto de naturaleza corporativa o social, por virtud del cual dos o más sociedades, previa disolución de alguna o de todas ellas, confunden sus patrimonios y agrupan a sus respectivos socios en una sola sociedad" (127).

---

(126) ESPAÑA: REAL DECRETO-LEY 1564/1989..., "Opus cit", art. 233-251.

(127) R. URÍA: **Derecho Mercantil**, Imprenta Aguirre, Madrid, 1982, p. 311.

- SUAREZ distingue entre fusión propiamente dicha y fusión por absorción o simplemente absorción. Así mediante la fusión propiamente dicha varias sociedades jurídicamente independientes deciden juntar sus patrimonios y formar una nueva sociedad. Con ello desaparece la personalidad jurídica de las empresas que se funden en una nueva creada con el objeto de integrar o absorber a las preexistentes. Por su parte, en la fusión por absorción una de las sociedades existentes (la absorbente) persiste manteniendo su personalidad jurídica y absorbiendo e integrando el patrimonio, una vez disueltas, de las restantes (128).

- En opinión de BUENO se entiende por fusión pura cuando "dos sociedades A y B se unen aportando la totalidad de sus patrimonios para crear una nueva sociedad C. Las personalidades jurídicas de A y B desaparecen" (129). Por otra parte la fusión con aportación parcial de activo "se produce cuando la sociedad A aporta una parte de su patrimonio, bien a la sociedad B o a una nueva sociedad C. La personalidad de A siempre permanece y la de B puede desaparecer si se crea la nueva C o se mantiene si se ve ampliada por la aportación de A" (130).

Este mismo autor considera que se produce absorción de una sociedad, a otra o más sociedades, cuando compra sus patrimonios. El capital de la absorbente debe ser ampliado con la cantidad con la que haya valorado el patrimonio adquirido.

- Según CUADRADO la absorción "es una modalidad del término más amplio fusión. Mediante la fusión dos o más sociedades agrupan sus patrimonios y socios en una sociedad única". El mismo autor añade que la fusión puede revestir dos fórmulas la "fusión-creación" y la "fusión-absorción". "La "fusión-creación" implica la previa disolución de las sociedades que se fusionan para dar lugar a una nueva, cuyo patrimonio es la suma de los patrimonios de las sociedades que desaparecen, y cuyos socios son los que lo eran de las sociedades fusionadas". "En la "fusión-absorción", por el contrario, una sociedad permanece y absorbe el patrimonio y socios de otras disueltas previamente" (131).

A la vista de las definiciones anteriores se puede afirmar que las fusiones son una consecuencia del crecimiento empresarial, que lleva implícita una clara vinculación patrimonial. También se desprende la existencia de dos procedimientos de fusión:

---

(128) A.S. SUAREZ SUAREZ: *Decisiones óptimas...*, "Opus cit", p. 716.

(129) E. BUENO CAMPOS: *Dirección estratégica de la empresa. Metodología, técnicas y casos*, Pirámide, Madrid, 1987, pp. 240.-243.

(130) "Ibid.", p. 241.

(131) M. CUADRADO IGLESIAS: "Absorción" en VARIOS: *Diccionario económico de la empresa*, Pirámide, Madrid, 1977, p.14.

- Fusión propiamente dicha o fusión-creación, por el que varias sociedades se disuelven y constituyen una nueva.
- Fusión por absorción o simplemente absorción, es un tipo especial de fusión en el que una sociedad ya existente absorbe a la(s) sociedad(es) disuelta(s).

La fusión puede tener lugar entre todo tipo de sociedades mercantiles según sus características específicas, pero en cualquier caso existen varias condiciones comunes para todas ellas, que son:

- Para que se produzca la fusión es imprescindible la disolución de una o varias de las empresas fusionadas.
- La fusión implica la transmisión en bloque de los patrimonios de las sociedades disueltas a la nueva sociedad o a la absorbente, que asume sus derechos y obligaciones.
- No existe liquidación de las sociedades disueltas, ya que en ese caso se repartirían sus patrimonios y no podrían ser transmitidos.
- Los socios de las sociedades extinguidas pasan a la nueva sociedad o a la absorbente recibiendo un número de acciones proporcional a sus participaciones en las primeras.

En relación a otras formas de concentración hay que señalar las diferencias de las mismas con la fusión. Así puede diferenciarse entre (132):

- Transmisión del "paquete de control". Consiste en la transmisión de una parte, no la totalidad, de las acciones o participaciones que permite el control de la empresa de la sociedad transmisora. No existe disolución de esta sociedad, por lo que se trata de un grupo de sociedades y no de una fusión.
- Compraventa de todas las acciones o participaciones de una sociedad. Al igual que en el caso anterior, no se trata de fusión ya que no existe disolución sino que estaríamos ante un grupo de sociedades. Los efectos económicos son los mismos en uno y otro caso, pero desde el punto de vista jurídico son dos fenómenos diferentes. En el caso de que la sociedad adquirente decida la disolución y liquidación de la otra sociedad, se consigue un resultado práctico que sólo difiere al de la absorción en que los socios que vendieron sus acciones quedan fuera de la sociedad.
- Transmisión en bloque del patrimonio. Cuando una empresa cede su patrimonio a otra, según precio fijado, puede disolverse repartiendo entre sus socios la contraprestación recibida, o puede

---

(132) G.J. JIMENEZ SANCHEZ: **Derecho Mercantil...**, "Opus cit", p. 445.

continuar con su objeto social. En el primer caso se diferencia de la absorción en que los socios de la entidad cedente no se integran con los de la cesionaria. En el segundo caso, además de lo anterior, no se produce disolución.

- Arrendamiento de empresa. Consiste en que una sociedad (arrendataria) domina a otra (arrendadora), mediante arrendamiento. Se trata de una forma de relación contractual muy alejada del supuesto de fusión.

Antes de analizar el proceso de fusión para las sociedades cooperativas del sector de la salud, parece preciso hacer una escueta reseña de las diferentes fases en las que éste puede dividirse, para pormenorizar más abajo en el procedimiento que debe guiar la fusión de las cooperativas objeto de este análisis. En el citado proceso pueden diferenciarse la redacción del proyecto de fusión, la aprobación del acuerdo de fusión, y la publicidad y escritura pública del mencionado acuerdo.

#### A.1) Redacción del proyecto de fusión.

Los administradores de las sociedades implicadas en la fusión deben redactar y suscribir un acuerdo de fusión en el que incluyen el tipo y procedimiento de canje de acciones y participaciones. Este proyecto ha de ser sometido a informe de expertos independientes y aprobado por las Juntas Generales de las diferentes empresas en el plazo de seis meses desde su suscripción.

#### A.2) Aprobación del acuerdo de fusión.

Cada sociedad implicada debe adoptar su respectivo acuerdo de fusión según lo previsto en el proyecto de fusión. La citada aprobación necesita la mayoría recogida en los respectivos regímenes jurídicos de las diferentes sociedades. Así:

- Si es una sociedad colectiva, es necesaria la unanimidad de los socios.
- Si es comanditaria, es preciso el acuerdo de todos los socios colectivos, mientras que en los comanditarios se rigen por lo establecido en la escritura social.
- En las sociedades de responsabilidad limitada, se exige mayoría de los socios y dos terceras partes del capital social, o sólo el último requisito en caso de segunda convocatoria.
- En las sociedades anónimas, se necesita la mayoría establecida en los estatutos o la escritura.
- Si la sociedad absorbente o nueva sociedad es colectiva o comanditaria, se precisa el acuerdo de todos los accionistas que, por la fusión, pasen a responder ilimitadamente de las deudas sociales.

#### A.3) Publicidad y escritura pública del acuerdo de fusión.

El acuerdo se publicará tres veces en el Boletín Oficial del Registro Mercantil, y en dos periódicos de gran circulación en las provincias en las que se sitúen los domicilios de las sociedades implicadas. Desde el último anuncio debe esperarse un mes hasta la ejecución de la fusión, durante el cual los acreedores de las sociedades que se fusionan pueden oponerse. Transcurrido este plazo la fusión se formaliza mediante Escritura Pública.

#### B) Implicaciones de carácter fiscal.

La regulación fiscal de las fusiones y absorciones fue modificada por la Ley de 29/1991 (133), para adecuarla la normativa tributaria española a la armonización emanada de la Unión Europea, y más recientemente por la Ley 43/1995 sobre el Impuesto de Sociedades (134).

Según esta regulación la consideración de operaciones de fusión es similar a la ya señalada, aunque se añade que la contraprestación puede realizarse mediante atribución, a los socios de las fusionadas de valores representativos del capital social de la otra sociedad, o mediante una compensación en dinero. En este último caso la citada compensación no puede superar el 10% del valor nominal o en su caso del valor equivalente deducido de su contabilidad.

La característica buscada por esta regulación es la neutralidad, de tal forma que no se estimulan estas operaciones, mediante ningún beneficio fiscal, pero tampoco son obstaculizadas, a través de cargas tributarias.

#### 5.3.1.2.2.2. La escisión y la segregación de empresas.

La escisión y segregación puras son procesos de desconcentración empresarial, sin embargo son estudiados en este apartado dada su relación con el crecimiento empresarial de las sociedades que reciben el patrimonio de la escindida, y ya que algunas modalidades pueden llegar a constituir un fenómeno identificable con la fusión y absorción. Así puede distinguirse entre escisión y segregación.

A) Escisión: Una sociedad se escinde cuando se extingue, sin liquidación, haciendo aportación de todo su patrimonio a otras sociedades (al menos dos) nuevas o preexistentes. Sus rasgos característicos son:

---

(133) ESPAÑA: LEY 29/1991..., "Opus cit" art. 1.

(134) ESPAÑA: LEY 43/1995..., "Opus cit", arts. disposición derogatoria 1.27.

- \* La disolución de la sociedad escindida, lo que lleva a su extinción sin liquidación.
- \* La transferencia en bloque de todo su patrimonio.

En opinión de SUAREZ (135) se puede distinguir entre:

- Escisión pura: si las diferentes partes del patrimonio escindido se aportan a sociedades nuevas.
- Absorción-escisión: cuando las diferentes partes del patrimonio escindido van a parar a sociedades preexistentes.
- Fusión-escisión: Cuando son varias las sociedades escindidas formándose, con las partes escindidas, nuevas sociedades.

B) La segregación o cesión parcial del activo consiste en la división de una o varias partes del patrimonio de una sociedad que, sin extinguirse, traspasa en bloque la parte segregada a una o varias sociedades de nueva creación o ya existentes (136). Sus rasgos característicos son:

- \* La cesión del patrimonio es parcial.
- \* La entidad segregada no se extingue.

Mientras que la "escisión pura" y la "segregación" son procedimientos de desconcentración empresarial, la "absorción-escisión" y la "fusión-escisión" son fórmulas de concentración empresarial.

Tanto la segregación como la escisión, en sus aspectos fiscales, fueron recogidas por la Ley 29/1991 sobre adecuación de conceptos impositivos a la normativa de la Unión Europea (137), y recientemente han sido modificadas por la Ley 43/1995 (138) sobre el Impuesto sobre Sociedades. Los conceptos utilizados son similares a los analizados, aunque hay que señalar que aparecen las mismas formas y límites de contraprestación señaladas para la fusión.

---

(135) A.S. SUAREZ SUAREZ: **Decisiones óptimas...**, "Opus cit", pp. 721 y 722.

(136) E. DELGADO HERNANDEZ: **Temas de Derecho Mercantil**, Colex, Madrid, 1991, p. 273.

(137) ESPAÑA: LEY 29/1991..., "Opus cit", art. 2.

(138) ESPAÑA: LEY 43/1995..., "Opus cit", art. 97.2.



### 5.3.1.2.2.3. La cesión de cartera.

La cesión de cartera es una figura típica de las entidades de seguros, que produce una concentración y especialización de las mismas. Dentro de las sociedades cooperativas estudiadas en el sector salud, únicamente es aplicable a las de seguros de asistencia sanitaria.

Tiene por objeto la transferencia entre dos sociedades de seguros de una serie de contratos de seguros en curso, por lo que la sociedad cedente es total o parcialmente reemplazada por la cesionaria en el ejercicio de su actividad aseguradora (139). Están reguladas por la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado y el Reglamento de Seguros de 1985 (140), que exige para su realización autorización previa del Ministerio de Economía y Hacienda mediante escritura pública.

Las entidades cesionarias reciben los contratos cedidos, sustituyendo legalmente a las cedentes en todos los derechos y obligaciones derivados de las mismas. Por su parte las cedentes, y no sus socios, reciben una contraprestación por la cesión.

Los contratos en curso cedidos deben representar la totalidad de los concertados por la cedente en todos o algunos de los ramos en los que opere, o aquella parte de los mismos que supongan la totalidad de los que correspondan a una modalidad de seguro o a una zona geográfica determinada.

Puede distinguirse, por un lado entre cesión total y limitada, y por otro entre cesión general y parcial.

- La cesión total se produce cuando comprende todos los ramos en que la cedente opera.
- La cesión limitada cuando no afecta a todos los ramos de la cedente.
- La cesión general si alcanza a la totalidad de un ramo.
- Cesión parcial cuando únicamente afecta a una modalidad de seguro o a los correspondientes a una determinada zona geográfica.

Dadas las características de las cesiones de cartera, hay que diferenciar éstas de la escisión y de la cesión individualizada de contratos, poniendo especial énfasis en los aspectos que afectan a las sociedades cooperativas de seguros.

---

(139) L. DE ANGULO RODRIGUEZ: "Cesión de cartera, fusión, agrupación, escisión y transformación de entidades aseguradoras", en VARIOS: *Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado*, Colegio Universitario de Estudios Financieros, Madrid, 1988, pp. 603.

(140) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", art. 22; y el Reglamento aprobado por REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", art. 82.

- \* Con respecto a la escisión, la principal diferencia de la cesión consiste en que mientras en la primera la contraprestación recibida pertenece a los titulares de la sociedad segregada, en la cesión la contraprestación se produce a favor de la propia entidad. Además, en la cesión la entidad cedente continúa existiendo, a no ser que se produzca la cesión de todos los ramos en los que la sociedad opere, mientras que la escindida siempre se extingue.
- \* Por lo que respecta a la cesión individualizada de contratos (incluidas dentro de la cesión de contratos), necesitan el consentimiento del asegurado afectado, mientras que en las cesiones generales de uno o más ramos, como norma general, no necesitan el citado consentimiento. Entre las excepciones a este precepto se encuentran las cesiones generales entre cooperativas de prima variable y todas las cesiones parciales.

### **5.3.2. Las sociedades cooperativas del sector de la salud ante las formas de concentración genéricas.**

Siguiendo el análisis realizado de una forma genérica (según la existencia o no de un vínculo contractual) para cualquier modalidad de sociedad, las diferentes fórmulas de concentración son analizadas seguidamente teniendo en cuenta su aplicación a las sociedades cooperativas de la salud.

#### ***5.3.2.1. Derivadas de vínculo contractual.***

##### **5.3.2.1.1. Con figura societaria específica.**

La debilidad del vínculo contractual con respecto al real es uno de los inconvenientes ya mencionados de este tipo de acuerdos de cooperación. Sin embargo, el establecimiento de una figura societaria regulada legalmente refuerza la estabilidad de las relaciones creadas entre los participantes.

Las peculiaridades de las dos figuras contractuales recogidas por nuestro ordenamiento jurídico son reflejadas en el cuadro 66. Sus diferencias son importantísimas, ya que cada una de ellas ejerce su función integradora desde diferentes objetos sociales, como son la realización de una obra o servicio concreto (U.T.E.) y la colaboración en actividades auxiliares a las de sus socios (A.I.E.).

CUADRO 66. COMPARACION ENTRE LAS UNIONES TEMPORALES DE EMPRESAS Y LAS AGRUPACIONES DE INTERÉS ECONOMICO.

	U.T.E:	A.I.E.
LEGISLACION	L 18/1982 y L 12/1991	L 12/1991
CONCEPTO	SISTEMA COLABORACION POR TIEMPO CIERTO PARA OBRA SUMINISTRO O SERVICIO	SISTEMA COLABORACION PARA DESARROLLO DE ACTIVIDAD DE SOCIOS SIN ANIMO DE LUCRO
DURACION	DURAC. OBRA O SERVIC	NO ESTIPULADO
ACTIVIDAD	REALIZACION DE OBRA O SERVICIO	ACTIV. AUXILIARES DE LOS SOCIOS
P. JURIDICA	NO	SI
MIEMBROS	EMPRESARIOS, PERSONAS FÍSICAS O JURIDICAS	EMPRESARIOS, PERSONAS FÍSICAS O JURIDICAS, ENTIDADES NO LUCRATIVAS INVESTGD. Y PROFESIONALES LIBERALES
FORMALIZACION	REGISTRO ADMINISTRATIVO DEL M. EC. HAC. (VOLUNTARIO)	REGISTRO MERCANTIL (OBLIGATORIO)
RESPONSABIL.	SOLIDARIA E ILIMITADA	PERSONAL SOLIDARIA Y SUBSIDIARIA

A la vista de estas características, las Uniones Temporales de Empresas son una fórmula viable para la colaboración entre sociedades cooperativas. Sin embargo, su duración, limitada a la finalización del proyecto, impide que sean empleadas como sistema integrador, aunque pueden ser utilizadas para acuerdos puntuales entre las sociedades cooperativas del sector de la salud.

Por su parte, las Agrupaciones de Interés Económico y las Agrupaciones Europeas de Interés Económico, como aplicaciones al ámbito europeo, si permiten una colaboración no sujeta inicialmente a ningún limite temporal. En este tipo de entidades queda fuera de toda duda la posible participación de las cooperativas (141). Además, su actividad económica, auxiliar con respecto a la realizada por sus miembros, hace posible orientarla hacia su coordinación y control. Sin embargo, la necesidad de dotar a las A.I.E. de personalidad jurídica propia choca frontalmente con el principio de la naturaleza cooperativa.

(141) J. DIVAR GARTEIZAUURRECOA: "Las Agrupaciones Europeas de Interés Económico y las cooperativas", CIRIEC-España, N. 7, Junio septiembre 1989, p.119.

#### 5.3.2.1.2. Sin figura societaria jurídica.

La integración basada en acuerdos en los que no existe una figura societaria regulada legalmente presenta una estabilidad variable, en función de los términos particulares de cada acuerdo.

Para su realización no existen requisitos ni limitaciones definidas, por lo que pueden aplicarse a las sociedades cooperativas del sector de la salud, de la misma forma que a cualquier otro tipo de sociedad. Aun teniendo en cuenta la fragilidad de estos acuerdos, siempre sería posible realizar uno cuyas condiciones se adapten perfectamente a los requisitos establecidos de partida, aunque las fórmulas existentes en la actualidad presentan importantes inconvenientes.

El "cártel" tiene como característica fundamental la reducción de la competencia entre los miembros del mismo. Si tenemos en cuenta el sector de la salud sería aplicable a un acuerdo entre cooperativas de asistencia sanitaria, o entre cooperativas farmacéuticas, pero no entre ambos grupos como se pretende.

Con respecto a los consorcios, solamente serían aplicables los privados. Los mixtos son otra fórmula de integración posible pero se rompe el principio de la naturaleza cooperativa. Además, los consorcios suelen realizarse entre participantes dentro del mismo subsector de actividad, lo que los aleja de la integración de las diferentes actividades realizadas por las sociedades cooperativas que actúan en el sector de la salud (principio de la agrupación cooperativa en el sector de la salud).

Por último la central de compras y ventas, solamente sería aplicable a las cooperativas de distribución farmacéutica, ya que no tiene sentido en el ámbito de la asistencia sanitaria. Se trata, por lo tanto, de un sistema útil exclusivamente para una de las manifestaciones objeto de la integración, pero sin posibilidad de aplicarse a todas las sociedades cooperativas del sector de la salud.

### 5.3.2.2. Sin vínculo contractual.

#### 5.3.2.2.1. Vínculo real o personal. Los grupos de sociedades cooperativas.

Según lo expuesto más arriba la formación de grupos puede responder a criterios reales y personales. Su aplicación al sector cooperativo se encuentra recogida legalmente en los grupos de sociedades cooperativas, regulados por el Real Decreto 1345/1992 (142). En esta disposición se define a los mencionados grupos y se implanta un sistema de consolidación adaptado a las peculiaridades de las mismas.

##### A) Concepto de grupo de sociedades cooperativas.

Tiene la consideración de grupo de sociedades cooperativas, a efectos de consolidación, el conjunto formado por las cooperativas socias o asociadas de otra, denominada cabeza de grupo, que ejerce sobre las primeras poderes de decisión en virtud de un pacto estatutario de redistribución solidaria del excedente.

Las sociedades que integran el grupo, excepto la cabeza del mismo, deben ser sociedades cooperativas. Sin embargo, la entidad cabeza de grupo puede ser una sociedad cooperativa o cualquier otra entidad, aunque en el último caso es necesario que su objeto exclusivo sea planificar y coordinar el desarrollo empresarial y las estrategias de las sociedades cooperativas del grupo. De todas formas la aceptación de una cabeza de grupo con naturaleza no cooperativa iría en contra del principio de la naturaleza cooperativa.

La vinculación implica el compromiso, fijado en escritura pública y en cada uno de los estatutos, de redistribuir solidariamente el excedente neto obtenido por las diferentes sociedades cooperativas que integran el grupo. La redistribución afecta como mínimo al 25 % del excedente neto, realizándose de forma directamente proporcional al importe de las operaciones y servicios cooperativizados efectuados por los socios de las cooperativas pertenecientes al grupo.

---

(142) ESPAÑA: REAL DECRETO 1345/1992..., "Opus cit".

## B) Proceso de tributación consolidada.

Dadas las peculiaridades tanto de la naturaleza de las cooperativas, como de su régimen fiscal, estas sociedades adoptan un sistema de consolidación basado en las cuotas tributarias, en lugar del de las bases imponibles.

En este proceso cada una de las sociedades cooperativas del grupo determina su base imponible del Impuesto de Sociedades, según el régimen fiscal de cooperativas (143), eliminando únicamente los siguientes conceptos por operaciones intergrupo:

- Retornos de sociedades cooperativas del grupo.
- Las ayudas económicas prestadas, por obligaciones asumidas, entre las sociedades del grupo.
- Resultados distribuidos por la entidad cabeza de grupo.

La cuota consolidada se obtiene sumando el resultado de aplicar a las bases imponibles, positivas o negativas calculadas según el procedimiento anterior, los tipos de gravamen correspondientes y las posibles bonificaciones.

Aunque el criterio general utilizado para los grupos de sociedades es la vinculación personal o real, en el caso de las cooperativas, estos criterios son sustituidos por un acuerdo de distribución de excedentes. Si se mantiene la característica del poder de decisión en manos de la entidad denominada cabeza de grupo.

Por lo tanto, es fundamental que exista una entidad que ejerza la dirección y el control, que, para cumplir los requisitos integradores, debe ser también una cooperativa. La principal ventaja derivada de esta fórmula, es la posibilidad de acogerse al régimen fiscal consolidado, en el que además de aplicar las ventajas del tratamiento fiscal de las sociedades cooperativas, es posible deducir una serie de conceptos por operaciones intergrupo.

---

(143) ESPAÑA: LEY 20/1990..., "Opus cit".

#### 5.3.2.2.2. Vínculo únicamente real.

##### 5.3.2.2.2.1. La fusión y la absorción en las sociedades cooperativas del sector salud.

Las sociedades cooperativas siguen el mismo proceso que el resto de sociedades en lo referente a la fusión y a la absorción. Sin embargo hay que señalar, por una parte, las características específicas recogidas en la Ley General de Cooperativas (que afectan a todas las cooperativas del sector de la salud), y por otra, las incluidas en la normativa de seguros, aplicable únicamente a las cooperativas que realizan estas operaciones. Las dos figuras mencionadas van a ser analizadas de forma independiente.

#### A) La fusión.

Entre las modificaciones con respecto al régimen general hay que mencionar:

##### A.1) Modificaciones impuestas por la Ley General de Cooperativas de 1987 (144).

La Ley 3/1987 trata de forma conjunta las figuras de fusión y absorción, considerando como fusión propiamente dicha "la fusión de Sociedades Cooperativas en una nueva" (145). De la cita anterior se deduce que la fusión propiamente dicha es aquella en la que dos o más cooperativas, con disolución de las mismas, confunden sus patrimonios que se integran en una nueva cooperativa en la que se agrupan los socios y asociados de las disueltas.

Las sociedades cooperativas en liquidación únicamente pueden participar en la fusión cuando no se haya comenzado el reembolso, de las aportaciones al capital social, a los socios y asociados. Además, las sociedades cooperativas disueltas, al participar en la fusión, no entran en liquidación y la nueva sociedad asume los derechos y obligaciones de éstas.

Las fases en las que se divide el proceso de fusión son las mismas analizadas para el resto de sociedades (la redacción del proyecto de fusión, la aprobación del acuerdo de fusión, y la publicidad y escritura pública del mencionado acuerdo), pero a continuación van a ser desarrolladas con más detalle teniendo en cuenta las características aplicables a las cooperativas del sector de la salud en función de su naturaleza.

---

(144) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", CAPITULO X, art. 94-101.

(145) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit" art. 94.

A.1.1) La redacción del proyecto de fusión, constituye el primer paso para proceder a la fusión de dos o más sociedades cooperativas. Este debe ser fijado en un convenio previo de los Consejos Rectores de las sociedades que deseen fusionarse, cuyo contenido *mínimo* es el siguiente:

- La denominación, clase y domicilio de las sociedades cooperativas que participan en la fusión y de la nueva sociedad. También los datos identificadores de la inscripción, de aquellas en el Registro de Cooperativas.
- El sistema para fijar la cuantía que se reconoce a cada socio o asociado de las sociedades que se disuelven como aportaciones al capital social de la nueva.
- Los derechos que se vayan a reconocer a los socios de las cooperativas disueltas en el uso de los servicios de la nueva sociedad.

A.1.2) La aprobación del acuerdo de fusión. El acuerdo de fusión debe ser tomado en la Asamblea General de cada una de las sociedades que se fusionen.

Los requisitos para la toma del acuerdo son:

- La convocatoria de la Asamblea General se ajustará a las normas legales y estatutarias, citando el derecho de los socios y asociados a examinar los documentos siguientes:

\* El proyecto de fusión mencionado anteriormente.

\* El Balance, la Cuenta de Pérdidas y Ganancias y la Memoria explicativa de los tres últimos ejercicios de las Sociedades que participan en la fusión, junto con los informes de los interventores. Puede considerarse como Balance de fusión el último balance anual aprobado, siempre que no sea anterior en más de ocho meses a la fecha de celebración de la Asamblea que haya de acordar la fusión. En caso de no cumplir este requisito temporal, debe elaborarse un nuevo balance, que será censurado por los Interventores y sometido a la aprobación de la Asamblea. La impugnación del balance de fusión no puede suspender por si sola la ejecución de ésta.



\* El Balance de fusión de cada una de las sociedades, en caso de que, según lo expuesto en el párrafo anterior, no coincida con el último balance anual aprobado.

\* La memoria redactada por el Consejo Rector sobre la conveniencia y efectos de la fusión.

\* El proyecto de Estatutos de la nueva Sociedad.

\* Los Estatutos vigentes de las sociedades cooperativas participantes en la fusión.

\* La relación de nombres y apellidos de los miembros del Consejo Rector de las sociedades Cooperativas que participan en la fusión y la fecha desde la que se desempeñan sus cargos.

- El acuerdo de fusión debe aprobar sin modificaciones el proyecto, e incluir todas las menciones exigidas para las asambleas constituyentes, que le sean de aplicación. Es necesario un mínimo de dos tercios de los votos presentes y representados.

#### A.1.3) La publicidad y escritura pública del acuerdo de fusión.

El acuerdo de fusión, una vez adoptado, debe publicarse en el Boletín Oficial de la provincia y de la Comunidad Autónoma en el que las cooperativas tengan domicilio social y en un periódico de gran difusión de la provincia. En la publicación en prensa se reduce, con respecto al resto de entidades, de tres a uno el número de los mismos exigidos como requisito.

La formalización de los diferentes acuerdos de fusión, correspondientes a las sociedades cooperativas fusionadas, se hará constar en escritura pública única junto con sus respectivos Balances de fusión. La Escritura de fusión tiene eficacia en el Registro de Cooperativas, para cancelar, modificar, o inscribir a las sociedades implicadas.

Los efectos producidos por la fusión son:

- La disolución, sin liquidación, de las sociedades cooperativas participantes.
- La integración de sus patrimonios en una nueva sociedad cooperativa.
- Los Fondos sociales de las cooperativas disueltas pasan a la nueva sociedad.
- La asunción por la nueva sociedad cooperativa de los derechos y obligaciones de las disueltas.
- El pase de los socios y asociados de las disueltas a la nueva cooperativa, dando derecho a la separación de ambos, según lo establecido al tratar estas figuras más arriba. La liquidación de las aportaciones de los socios, los asociados no tienen derecho a retorno, debe realizarse por la nueva cooperativa según lo regulado para el reembolso por causa justificada.

La legislación autonómica mantiene similares criterios con respecto a la fusión, aunque la regulación sea mucho más limitada (146). Entre estas normativas hay que destacar la Ley de sociedades cooperativas del País Vasco, que establece la posibilidad de realizar fusiones entre cooperativas de trabajo asociado y sociedades anónimas laborales (147).

#### A.2) Modificaciones impuestas por la normativa de seguros.

Por lo que respecta a las cooperativas sanitarias de seguros, además de la normativa aplicable a todas las sociedades cooperativas, hay que tener en cuenta algunos aspectos específicos que derivan de la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado 30/1995 y del Reglamento de 1985 (148).

En ambas se reconoce, a las cooperativas de seguros sanitarias de la misma naturaleza y clase, la posibilidad de fusionarse. Por lo tanto las cooperativas sanitarias a

---

(146) La normativa aplicable a las fusiones en la legislación autonómica aparece recogida en los siguientes artículos: COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 4/1993..., "Opus cit", arts. 76-83; COMUNIDAD AUTONOMA VALENCIANA: LEY 11/1985..., "Opus cit", art. 64.1; COMUNIDAD AUTONOMA VALENCIANA: LEY 3/1995..., "Opus cit", art. 64.2; COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY 1/1992..., "Opus cit", art. 71; COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA: LEY 2/1985..., "Opus cit", art. 68; y COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA: LEY 12/1989..., "Opus cit", arts. 54 y 55.

(147) COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 4/1993..., "Opus cit", art. 83.

(148) ESPAÑA: LEY 30/1995..., "Opus cit", arts. 23 y Disposición Transitoria 4ª; y ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", art. 83.

prima fija sólo pueden fusionarse con otras sociedades cooperativas, también sanitarias a prima fija, y las cooperativas sanitarias a prima variable con otras cooperativas a prima variable (149).

Por otra parte estas sociedades cooperativas deben recibir la autorización del Ministerio de Economía y Hacienda, y la entidad resultante de la fusión tiene que superar el margen de solvencia analizado más arriba.

Como resumen del análisis de la regulación aplicable a las sociedades cooperativas del sector salud, la fusión sólo puede realizarse con otras cooperativas. Esta limitación se hace más restrictiva en el caso de las cooperativas de seguros sanitarias, a las que únicamente se les permite fusionarse con otras sociedades cooperativas también sanitarias y de la misma forma.

El objetivo de las mencionadas restricciones tiene su fundamento en que las personas que únicamente quieren ser asegurados, no se conviertan en socios por virtud de la fusión, y que los socios, con una determinada responsabilidad, no vean incrementada ésta con motivo de pasar a ser socios de otra clase de sociedades. También es posible realizar fusiones en las que participen sociedades de diferente naturaleza, pero siempre tienen que dar lugar a una sociedad anónima.

#### B) La absorción.

Como ya se anticipó más arriba, la absorción es una modalidad de la fusión reconocida para las sociedades cooperativas por la Ley General de Cooperativas 3/1987 al afirmar que "será posible... la absorción de una o más (cooperativas) por otra cooperativa ya existente" (150). La principal diferencia con la fusión propiamente dicha se encuentra en que, en el caso de la absorción, los patrimonios de las sociedades cooperativas absorbidas pasan al de una preexistente que las absorbe, mientras que en la primera el destino de los citados patrimonios es la nueva sociedad que se forma.

La regulación jurídica de la absorción de las sociedades cooperativas del sector salud no sólo es coincidente con la establecida para la fusión, sino que además se hace de forma conjunta a ésta. Por

---

(149) La eliminación de las sociedades cooperativas de seguros de trabajo asociado por la Ley 30/1995, pone fin a las diferentes posturas sobre sus posibilidades en la fusión. En este sentido pueden reseñarse las opiniones de F. J. TIRADO SUAREZ: *Ley Ordenadora del Seguro privado. Exposición y crítica*, Universidad Servicio de Publicaciones, Sevilla, 1984, p. 161; y de J. GUTIERREZ DEL ALAMO Y MAHOU: *Estudio Jurídico...*, "Opus cit", p. 223.

(150) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit" art. 94.

ello, la normativa que rige la fusión puede aplicarse a la absorción, si bien es necesario que las referencias a la "nueva sociedad" se entiendan, ahora, para la "sociedad absorbente".

Aún así hay algunas diferencias que, como en el caso de la fusión, aparecen motivadas por la Ley General de Cooperativas y por las normas que rigen los seguros, a las que se hace referencia seguidamente:

B.1) Diferencias aplicables a todas las sociedades cooperativas del sector salud, en virtud de la Ley General de Cooperativas 3/1987.

- En la convocatoria de la Asamblea General, el proyecto de Estatutos queda sustituido por el texto íntegro de las modificaciones a introducir en la sociedad cooperativa absorbente.
- Por el solo hecho de la absorción, no tendrán derecho a separarse los socios y asociados de la cooperativa absorbente.
- La escritura pública que formalice la absorción debe contener las modificaciones estatutarias acordadas por la sociedad cooperativa absorbente. La citada escritura tiene eficacia en el Registro de Cooperativas, además de para la cancelación de las Sociedades absorbidas y para la inscripción de las modificaciones de la absorbente.

B.2) Diferencias aplicables únicamente a las sociedades cooperativas sanitarias de seguros, por su regulación específica.

Con respecto a las cooperativas a prima fija y variable hay que tener en cuenta:

- Las Sociedades Anónimas pueden absorber a sociedades cooperativas, pero éstas no pueden hacer lo propio con las primeras.
- Las cooperativas a prima fija pueden absorber a las cooperativas a prima variable.
- No se prevé en la absorción de cooperativas de prima fija por las de prima variable.

Por tanto, es posible que se produzcan absorciones mixtas en las que participen sociedades de diferente naturaleza. Así, una cooperativa sanitaria a prima fija puede absorber a una de prima variable, aunque siempre que participe una sociedad anónima la sociedad resultante debe tener la naturaleza de esta última.

Si partimos de la integración únicamente entre sociedades con naturaleza cooperativa (principio de la naturaleza cooperativa), el análisis conjunto de la fusión y absorción a las sociedades cooperativas del sector de la salud viene determinado por la posibilidad o no de realizar estos procesos entre las mismas.

En el cuadro 67, se reflejan dichas posibilidades, de las que se deducen las siguientes conclusiones:

- Las sociedades cooperativas que no actúan dentro del subsector del seguro de asistencia sanitaria (es decir las farmacéuticas, las de trabajo asociado y las de instalaciones sanitarias), pueden realizar ambos procesos entre ellas.
- Las sociedades cooperativas de seguros, no pueden fusionarse o absorber a cooperativas que no sean de seguros. Incluso tratándose de estas entidades hay algunas limitaciones:
  - \* Las de prima fija, pueden absorberse y fusionarse entre sí, y absorber a las de prima variable.
  - \* Las de prima variable sólo pueden fusionarse y absorber a otras de prima variable.

CUADRO 67. POSIBLES PROCESOS DE FUSION Y ABSORCION ENTRE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR SALUD.

TIPOS DE COOPERATIVAS			PF	PV	TA	IS	F
S A N I T A R I A	S E G	P. FIJA (PF)	FA	A			
		P. VARIABLE (PV)		FA			
		T. ASOCIADO (TA)			FA	FA	FA
		INST. SANITARIAS (IS)			FA	FA	FA
		FARMACEUTICAS (F)			FA	FA	FA

A: Puede realizar la absorción.  
F: Puede realizar la fusión.

Por tanto, en el momento en que se pretenda integrar una cooperativa de seguros de asistencia sanitaria, las fórmulas de fusión y de absorción no pueden aplicarse a las sociedades cooperativas del sector de la salud, ya que se rompería el principio de la agrupación de cooperativas.

#### 5.3.2.2.2. La escisión y la segregación en las sociedades cooperativas del sector salud.

Al analizar la escisión y la segregación, en el caso de las sociedades cooperativas del sector salud, las referencias obligadas son la Ley General de Cooperativas 3/1987, y las aplicables a la actividad aseguradora de asistencia sanitaria.

##### A) La escisión.

###### A.1) Por su naturaleza de sociedades cooperativas.

Las sociedades cooperativas del sector salud, como el resto de cooperativas pueden realizar la escisión que consiste "en la disolución, sin liquidación, mediante la división de su patrimonio y del colectivo de los socios y asociados en dos o más partes. Cada una de estas se traspasará en bloque a sociedades cooperativas de nueva creación o será absorbida por otras ya existentes o se integrará con las partes escindidas de otras cooperativas en una de nueva creación" (151).

Del extracto anterior, se deduce la posibilidad de los mismos tipos de escisión señalados anteriormente (escisión pura, absorción-escisión, y fusión-escisión) en los que tanto la sociedad escindida como la beneficiaria sean sociedades cooperativas. Además, la Ley General de Cooperativas afirma, en el mismo artículo, que a los dos últimos tipos de escisión mencionados se les denomina fusión-escisión. Esta discrepancia encierra la intención de que las diferentes fórmulas de escisión sirvan como posibilidad para adaptar las necesidades societarias y empresariales de las cooperativas.

###### A.2) Las cooperativas sanitarias de seguros.

Estas sociedades cooperativas pueden escindirse "en dos o más de la misma naturaleza... sin extinguirse, traspasando en bloque una o varias partes de su patrimonio a sociedades de nueva creación, o a otras ya existentes" (152).

El concepto de escisión incluido en la normativa de seguros está más cerca de la segregación que de la propia escisión por los siguientes motivos:

- La sociedad escindida no se extingue, continúa existiendo.
- No se produce un traspaso total del patrimonio de la sociedad escindida a la beneficiaria.

---

(151) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 102.1.

(152) ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985..., "Opus cit", art. 84.

Sin embargo la aplicación supletoria, para las cooperativas de seguros sanitarias, de la Ley General de Cooperativas permite a éstas realizar la escisión tal y como se ha estudiado más arriba.

Entre otras características aplicables a las cooperativas de seguros de asistencia sanitaria hay que citar que debe realizarse por ramos de seguros completos, o que implique a la totalidad de las pólizas correspondientes a un ámbito territorial no inferior a la provincia.

Las peculiaridades con respecto a la escisión del resto de entidades son:

- Sólo puede realizarse entre entidades de la misma naturaleza, esto es sociedades cooperativas de seguros, independientemente de su clase (cooperativas a prima fija o variable).
- La escisión total del patrimonio sin que se produzca extinción no puede producirse, ya que conlleva la pérdida de la base personal de estas sociedades.
- Dado que los socios de las cooperativas a prima fija y variable tienen a la vez la condición de asegurados, con la escisión los socios cuyos contratos de seguro hayan sido transmitidos pasan a ser socios de la entidad beneficiaria. Por tanto, en estas sociedades, la contraprestación de la sociedad beneficiaria debe realizarse en participaciones en las cooperativas a prima fija y variable.
- Se reconoce el derecho de separación en caso de escisión, aunque la misma no es considerada como causa de resolución de los contratos de seguro. Esta última característica lo diferencia de la fusión, y a la cesión total de cartera, ya que no se establece limitación por lo que respecta a las cooperativas a prima variable.

#### B) La segregación.

Consiste en separación de una o más partes del patrimonio de una cooperativa, sin su disolución, y el traspaso en bloque de la parte o partes separadas a otras entidades ya existentes o de nueva creación. Por tanto el criterio utilizado es similar a la regulación general, pero en la Ley General de Cooperativas se refiere únicamente a cooperativas, tanto en la sociedad que divide parte de su patrimonio, como en las que lo reciben.

Por lo que respecta a las cooperativas de seguros de asistencia sanitaria, se ha señalado más arriba que, el régimen aplicado a estas entidades para la escisión, se identifica mejor con la segregación, por lo que pueden aplicarse a la segunda los criterios ya mencionados para la primera.

En resumen, ocurre algo similar a lo analizado en el estudio de la fusión y la absorción, al incluir a las cooperativas sanitarias de seguros en el proceso de integración. Si se pretende concentrar a una de estas entidades, tanto la escisión como la segregación sólo pueden tener lugar entre cooperativas de seguros, pero no es posible incluir a cooperativas de instalaciones sanitarias, de trabajo asociado o de distribución farmacéutica.

#### **5.3.2.2.3. La cesión de cartera.**

En el caso de las sociedades cooperativas sanitarias de seguros únicamente pueden adquirir carteras procedentes de entidades de la misma naturaleza y clase, lo cual es aplicable también a las mutuas. Por su parte, las citadas cooperativas pueden ceder sus carteras a sociedades anónimas.

### **5.3.3. Formas de concentración específicas para sociedades cooperativas.**

Además del conjunto de fórmulas de concentración que afectan a cualquier clase de sociedades, aparecen una serie de procedimientos aplicables únicamente a las sociedades cooperativas. Este conjunto constituye el objeto principal del siguiente apartado, en el que se hace referencia tanto a las fuentes legales que los regulan, fundamentalmente la Ley General de Cooperativas, como a las principales implicaciones relacionadas con el cooperativismo de la salud.



### **5.3.3.1. Sociedad cooperativa de segundo y ulterior grado.**

La Ley General de Cooperativas autoriza a que dos o más sociedades cooperativas, de la misma o diferente clase, puedan constituir cooperativas de segundo o ulterior grado para cumplir y desarrollar fines comunes de orden económico (153). De la citada normativa se deduce que la finalidad de estas sociedades cooperativas es fundamentalmente económica, y que no es necesaria la homogeneidad de las cooperativas integrantes.

Estas sociedades cooperativas se rigen: en primer término, por las normas específicas según su naturaleza (asistencia sanitaria en sus diferentes fórmulas, farmacéutica etc.), además de las normas concretas de las de segundo o ulterior grado; y en segundo término por la legislación de carácter general recogida en la Ley General de Cooperativas.

Las características específicas para las cooperativas de segundo grado, que alteran la legislación general desarrollada en este trabajo, son las siguientes:

#### **A) Finalidades.**

Aparte de la finalidad económica, prevista como propia para las cooperativas de segundo o ulterior grado, presentan dos funciones relacionadas con la prestación de servicios a los socios:

- Pueden realizar el servicio de auditoría externa, a las sociedades cooperativas que la integran, si las personas físicas que las realizan reúnen las condiciones estudiadas al tratar la figura de los Interventores (154).
- Pueden prestar el servicio de asesoría jurídica propia del Letrado asesor. Para ello deben contar con abogados que reúnan los requisitos ya expuestos más arriba al analizar esta figura. Además, si la relación entre los citados abogados y las cooperativas de segundo o ulterior grado no es de arrendamiento de servicios como profesional liberal, las entidades mencionadas responderán civilmente, de forma conjunta con el asesor, por los perjuicios derivados del ejercicio de asesoría jurídica (155).

---

(153) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 148. En este artículo se recogen la mayor parte de las alteraciones a la normativa general que le son aplicables a las sociedades cooperativas de segundo o ulterior grado. Sin embargo, a lo largo de toda la Ley General de Cooperativas, se realizan menciones puntuales a estas entidades que son reseñadas al estudiar el tema concreto tratado en las mismas.

(154) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit" art. 69.1.

(155) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit" disposición adicional 5.ª.5.

#### B) Los socios.

Pueden ser socios de las cooperativas de segundo y ulterior grado las sociedades cooperativas, y también podrán serlo, si lo prevén los Estatutos, los socios de trabajo, personas físicas, cuya actividad cooperativizada consista en la prestación de su trabajo personal en la cooperativa (156). Las cooperativas de segundo grado pueden asociarse en Uniones de Cooperativas, como se estudia más abajo al tratar estas asociaciones.

#### C) El principio cooperativo de "un hombre un voto".

El principio cooperativo relativo al control democrático, expresado como "un hombre un voto", puede modificarse mediante la admisión del voto múltiple, como es analizado más abajo.

#### D) Los órganos sociales.

Se rigen por las normas establecidas para las sociedades cooperativas de base, aunque con algunas modificaciones que son estudiadas más abajo.

#### E) El régimen económico.

Las principales modificaciones de carácter económico, con respecto a las cooperativas de primer grado, se refieren a las aportaciones al capital social y a los retornos cooperativos. Ambas son analizadas más abajo.

#### F) Liquidación.

En caso de disolución de la sociedad cooperativa de segundo o ulterior grado se altera el régimen normal de liquidación, al distribuir el haber líquido resultante, entre las cooperativas socios, en proporción al importe del retorno percibido en el último quinquenio o, en su defecto, desde la constitución de aquella. Las cooperativas socios destinarán la parte del citado haber que les corresponda al Fondo de Reserva Obligatorio.

---

(156) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit" arts. 29.1 y 30.1.

### G) El régimen fiscal.

Las cooperativas de segundo y ulterior grado pueden acceder a los beneficios fiscales establecidos para las de primer grado, en función de la protección a la que tienen derecho las sociedades cooperativas de base que la forman. Este aspecto es analizado más abajo, según la regulación del régimen fiscal de las cooperativas (157).

Al regular las cooperativas de segundo y ulterior grado, la legislación autonómica introduce algunas variaciones con respecto a la Ley General. Dada la importancia de esta fórmula de concentración para las sociedades cooperativas del sector de la salud, más abajo se analizan las mencionadas diferencias de una forma detallada.

#### **5.3.3.2. Las asociaciones cooperativas.**

Las Uniones, Federaciones y Confederaciones son fórmulas de asociación específicas para las sociedades cooperativas, en las que no existe vinculación patrimonial. Estas aparecen recogidas en la Ley General de Cooperativas (158), dentro del Título III dedicado al asociacionismo cooperativo, como medio para la defensa y promoción de sus intereses cooperativos, y en las Disposiciones Adicionales, Finales, Transitorias y Derogatorias.

La citada Ley establece una serie de normas comunes para las Uniones, las Federaciones y Confederaciones, y otras de aplicación particular para cada una de ellas. Mientras que las últimas serán tratadas al analizar de forma individual las diferentes formas de asociación, las primeras son expuestas a continuación, agrupadas en las funciones previstas, los requisitos para la asociación, la denominación, la adquisición de personalidad jurídica, el régimen subsidiario, la comunicación de altas y bajas, y la disolución de la Confederación Española de Cooperativas y las Federaciones reguladas por la Ley General de Cooperativas de 1974.

---

(157) ESPAÑA: LEY 20/1990..., "Opus cit", art. 35.

(158) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit" arts. 158 a 161, y disposiciones Adicionales, Transitorias, Finales y Derogatoria.

#### A) Las funciones previstas.

Las funciones encomendadas a las asociaciones cooperativas pueden resumirse en:

- *representar a sus miembros*;
- realizar funciones de conciliación en los conflictos surgidos entre sus miembros, ya sean cooperativas o socios de éstas;
- organizar servicios de asesoramiento, auditoría, asistencia jurídica o técnica para sus socios;
- participar en organismos e instituciones cuando la Administración Pública lo solicite;
- fomentar la promoción y formación cooperativa.

También se deja abierta la posibilidad de ejercer cualquier otra actividad de naturaleza análoga. Sin embargo el arbitraje y la administración de fondos, que en principio podrían corresponder a estas asociaciones, quedan reservados al Instituto Nacional de Fomento de la Economía Social (159).

Por otra parte, la facultad para ejercer los servicios de asesoría jurídica y de auditoría externa son compartidos por las asociaciones cooperativas y por las sociedades cooperativas de segundo y ulterior grado, en las mismas condiciones que se señalaron al tratar estas últimas.

#### B) Los requisitos para la asociación.

Salvo que los estatutos expresen lo contrario, es necesario el acuerdo del Consejo Rector, sin perjuicio de que el citado acuerdo deba ser ratificado en la primera Asamblea General que se celebre para la asociación.

#### C) La denominación.

En la denominación deben incluirse las palabras Unión, Federación, Confederación, o sus abreviaturas, según la entidad de que se trate. Sin embargo las Uniones pueden denominarse Federación o Confederación si incluyen su clase o tipo.

Para utilizar una denominación que haga referencia al ámbito geográfico deben contar con el 20% de las sociedades cooperativas inscritas y no disueltas con domicilio social en dicho ámbito geográfico. Para el caso de Federaciones y Confederaciones se computaran,

---

(159) Estas funciones estaban inicialmente atribuidas al Consejo Superior del Cooperativismo, pero al suprimirse este organismo por ESPAÑA: LEY 31/1990..., "Opus cit", art. 98, cinco, sus funciones son encomendadas al Instituto Nacional de la Economía Social.

a efectos del porcentaje citado, todas las cooperativas asociadas, mientras que para las Uniones sólo las cooperativas de una misma clase.

D) La adquisición de personalidad jurídica.

Para adquirir la personalidad jurídica y la plena capacidad es necesario depositar en el Registro de Cooperativas la escritura pública (160). En los 30 días siguientes el Registro puede aceptar el depósito o determinar la subsanación de defectos:

- En el primer caso la personalidad se adquiere al transcurrir 30 días hábiles desde la fecha en que se solicitó el depósito.
- Si el Registro solicita la subsanación de defectos los promotores disponen de otros treinta días para hacerlo. Transcurrido este plazo, el Registro de Cooperativas dispondrá la publicidad o rechazará el depósito basándose en el incumplimiento de alguno de los requisitos mínimos. La personalidad, en caso de que finalmente se acepte el depósito, se adquiere al transcurrir 30 días hábiles desde la fecha en que se realizó inicialmente el rechazo.

En ambos casos la publicidad se realiza, una vez aprobado el depósito, en el Boletín Oficial correspondiente.

E) El régimen subsidiario.

*Con carácter subsidiario, y en cuanto proceda de acuerdo con su naturaleza, la Ley General de Cooperativas es aplicable a estas asociaciones excepto en lo referente a la intervención temporal, al régimen disciplinario, a la descalificación y a la incompatibilidad del cargo de Consejero en más de tres sociedades cooperativas, a los que ya se ha hecho referencia más arriba, en otros apartados de este trabajo.*

F) La comunicación de altas y bajas.

Tanto las Uniones como las Federaciones y Confederaciones tienen la obligación de comunicar, en el plazo de un mes, las altas y bajas de sus socios directos.

G) El régimen fiscal.

Las mencionadas asociaciones cooperativas gozan de las ventajas fiscales aplicables a las entidades parcialmente exentas en el Impuesto sobre Sociedades según la Ley 43/1995 (161).

---

(160) El contenido mínimo de la Escritura Pública, y el de los Estatutos se detalla en: ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 161.4.

(161) ESPAÑA: LEY 43/1995..., "Opus cit", arts. 133.b, 134 y 135.

Además están exentas del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados en las mismas condiciones que las sociedades cooperativas especialmente protegidas (162).

H) Disolución de la Confederación Española de Cooperativas y las Federaciones anteriores a la Ley General de Cooperativas 3/1987.

Quedan disueltas las Federaciones de Cooperativas y la Confederación Española de Cooperativas, reguladas por la Ley 52/1974 y conforme a lo establecido en el Real Decreto 2508/1977 (163), suprimiendo las competencias atribuidas a dicha Confederación. El patrimonio de las asociaciones disueltas queda adscrito a fines de promoción y desarrollo del cooperativismo.

#### 5.3.3.2.1. Las Uniones de Cooperativas.

Independientemente de las normas aplicables a las asociaciones de cooperativas, la Ley General de Cooperativas establece unas disposiciones específicas para estas Uniones (164). Las modificaciones aplicables a las Uniones de Cooperativas pueden agruparse en las relativas a su composición, y a sus órganos sociales y voto plural.

##### A) Composición.

La citada normativa establece que para la constitución de una Unión se necesitan, como mínimo, 5 sociedades cooperativas o 2 Uniones, estableciendo cuatro posibilidades en función de los componentes que las integran que pueden ser:

- Sociedades cooperativas de la misma clase, sea cual sea su actividad económica. Este grupo permite diferenciar 13 tipos de Uniones, tantos como tipos de cooperativas se encuentran reguladas en la Ley General de Cooperativas (trabajo asociado, consumidores y usuarios, servicios, seguros, etc.) (165).

---

(162) ESPAÑA: LEY 20/1990..., "Opus cit", art. 36.a.

(163) De forma concreta nos estamos refiriendo a: ESPAÑA: LEY 52/1974..., "Opus cit", arts. 55 y 56; y ESPAÑA: REAL DECRETO 2508/1977 de 17 de junio, por el que se modifica la Ley General de Cooperativas de 19 de diciembre de 1974, B.O.E. N. 233 de 29 de septiembre. art. Primero.

(164) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 159.

(165) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 116.

- Sociedades cooperativas de la misma clase que desarrollen de forma predominante o entre otras, la misma actividad económica según la nomenclatura y términos de la clasificación nacional de actividades económicas y sus normas complementarias (166). Teniendo esta circunstancia en cuenta es posible formar diferentes Uniones de Cooperativas de trabajo asociado, por ejemplo, según que su actividad sea la asistencia sanitaria, de construcción, de alimentación etc.
- Cooperativas de segundo o ulterior grado integradas en su mayoría por cooperativas de la misma clase de las que forman la Unión.
- Varias Uniones pueden formar otra Unión, en las que se integren directamente sociedades cooperativas, si en los estatutos de las primeras no se oponen. El ámbito de esta Unión no debe ser inferior al de las Uniones que en ella se integran.

El ámbito territorial de estas Uniones no se encuentra limitado, ya que las entidades a las que les sea de aplicación el ámbito territorial de una Comunidad Autónoma, pueden integrarse en una Unión de Cooperativas ya existente, o constituir una nueva con un ámbito superior al de la Comunidad Autónoma referida.

Parece claro que el criterio predominante para la formación de Uniones de Cooperativas es que éstas posean la misma "clase"; sanitarias, agrarias, de viviendas etc. Pero la introducción del criterio de la "actividad económica" permite la creación de Uniones; de hospitalización, farmacéuticas, etc. Si a lo expuesto le añadimos la posibilidad de crear Uniones formadas por otras Uniones, puede hacerse una clasificación tripartita de las Uniones de Cooperativas (167):

- Uniones por clase y actividad económica de las sociedades cooperativas integrantes.
- Uniones por clase (incluyendo varias actividades económicas) de las sociedades cooperativas integrantes.
- Uniones de Uniones, cuando las Uniones de Cooperativas se integren en otra Unión.

Por otra parte, la participación de una sociedad cooperativa de segundo grado, en una Unión puede hacer aparecer de forma minoritaria sociedades cooperativas de diferente clase a las de la Unión. Esto se produce ya que la de segundo grado puede formar parte de la Unión siempre que la mayoría de las integrantes de la primera sean de la misma clase de las que forman la Unión. Así, es posible que en una Unión de Cooperativas sanitaria de seguros se encuentren otras farmacéuticas o de consumidores y usuarios.

---

(166) ESPAÑA: REAL DECRETO 1560/1992 de 18 de diciembre, Por el que aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE), **B.O.E.** N. 306, de 22 de diciembre.

(167) F. ALONSO SOTO: **Ensayos sobre...**, "Opus cit", p. 117.

#### B) Organos sociales y voto plural.

Por lo que respecta al derecho al voto, debe regularse estatutariamente, pudiendo establecer limitaciones al voto plural.

En cuanto a sus órganos sociales son la Asamblea General, el Consejo Rector y los Interventores, cuyas particularidades con respecto a la regulación general son:

- \* La Asamblea está formada por los representantes de las cooperativas directamente asociadas, y por los de las Uniones que la integran.
- \* El Consejo Rector tiene al menos 3 miembros, y si los estatutos lo prevén un tercio del mismo puede estar formado por personas de reconocido prestigio o experiencia cooperativa, aunque éstos no sean socios.
- \* Los interventores no reciben un trato diferenciado, pero al tratarse de una asociación sin contenido económico, se limita el número de funciones de fiscalización a las que pueden dedicarse.

#### 5.3.3.2.2. Las Federaciones de Cooperativas.

Las Federaciones de Cooperativas son asociaciones de las mismas, cuyo ámbito territorial no puede ser superior al de una Comunidad Autónoma. Están facultadas para integrar:

- Uniones de Cooperativas con un ámbito no superior al de la Federación, independientemente de la clase de las sociedades cooperativas que la integren.
- Sociedades cooperativas, aunque para pertenecer a una Federación, deben cumplir los siguientes requisitos:
  - \* Tener el domicilio social dentro del ámbito de la Federación de Cooperativas.
  - \* No pertenecer a una Unión que a su vez esté integrada en la Federación.

Una Federación de Cooperativas debe contar, directamente o a través de las Uniones que la integran, con un mínimo de diez sociedades cooperativas que no pertenezcan todas a la misma clase. A tenor de lo expuesto y teniendo en cuenta que una sociedad cooperativa no puede pertenecer a más de una Federación, es posible establecer una clasificación de las Federaciones en función de sus integrantes (168):

- Integradas únicamente por Uniones (dos o más que a su vez tengan como asociadas al menos a diez cooperativas que no sean todas de la misma clase).

---

(168)"Ibíd.", p. 121.



- Integradas solamente por sociedades cooperativas (al menos diez que no sean todas de la misma clase).
- Integradas por Uniones y cooperativas (entre ambas debe haber un mínimo de diez cooperativas que no pertenezcan todas de la misma clase).

Además de las normas aplicables a los diferentes tipos de asociaciones, ya estudiadas, la Ley General de Cooperativas establece de forma conjunta (169) la normativa aplicable a las Federaciones y Confederaciones, que hace referencia a los órganos sociales.

Los órganos sociales para las Federaciones y Confederaciones de Cooperativas son; el Consejo Rector y la Asamblea General, que a su vez actuará en Pleno y en Comisión Permanente.

- \* El Consejo Rector contará, como mínimo, con tres miembros. Estos miembros, al igual que los de la Comisión Permanente, son elegidos por el Pleno de la Asamblea General. No está prevista la incorporación de personas de prestigio o experiencia cooperativa.
- \* La Asamblea General está compuesta por el número de miembros que se fije en los Estatutos. Es posible que éstos determinen un porcentaje máximo de miembros correspondientes a una misma clase de sociedades cooperativas, y las normas para la elección de los mismos. De igual forma, los Estatutos pueden prever que el Pleno de la Asamblea General designe hasta un 10% de miembros de la misma, entre personas de reconocido prestigio y experiencia cooperativa. Con ello estas personas, aunque no se incorporan directamente al Consejo Rector, si pueden llegar a ocupar los cargos de rectores.

#### **5.3.3.2.3. Las Confederaciones de Cooperativas.**

Las Confederaciones son asociaciones cuyo ámbito territorial debe ser el estatal obligatoriamente. Pueden estar constituidas por:

- Uniones de Cooperativas de ámbito estatal.
- Al menos cuatro Federaciones de Cooperativas pertenecientes a sendas Comunidades Autónomas.
- Asociaciones de cooperativas que agrupen a sociedades cooperativas de distinta clase, y constituidas con respecto a las normas dictadas por la correspondiente Comunidad Autónoma.

---

(169) ESPAÑA LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 160, donde se desarrolla la normativa aplicable a Federaciones y Confederaciones de Cooperativas de una forma conjunta.

Ninguno de los citados integrantes puede pertenecer a más de una Confederación de Cooperativas. Se trata, por tanto, de asociaciones de cooperativas estatales cuyos miembros son exclusivamente, Uniones, Federaciones, o asociaciones. Esta circunstancia obliga a las cooperativas de base a integrarse en alguna de las citadas asociaciones para poder formar parte de una Confederación.

### **5.3.3.3. Sociedad cooperativa de integración.**

La posibilidad de formar estas entidades se recoge en el Real Decreto 84/1993, en el que se trata fundamentalmente a las cooperativas de crédito (170). Sin embargo, el mismo incluye a cualquier clase de cooperativa y a otras sociedades como posibles miembros de esta fórmula de integración.

Concretamente las cooperativas de crédito son las únicas autorizadas para constituir las cooperativas de integración, pero permite que en ellas puedan agruparse diferentes tipos de sociedades. Estas pueden ser sociedades de grado inferior acogidas a la legislación cooperativa, otras entidades de la economía social o de titularidad pública, o empresas participadas por unas u otras (con la condición de que la mayoría de los miembros y votos en el conjunto resultante, corresponda a las sociedades cooperativas agrupadas).

De esta forma se abre una importante vía de concentración mediante la creación de consorcios dominados por cooperativas, ya que, independientemente de su clase, pueden integrarse entre sí, con todo tipo de entidades financieras o con sociedades mercantiles convencionales, siempre que la entidad resultante esté dominada de forma mayoritaria por las sociedades cooperativas agrupadas (171).

En el citado Real decreto se determinan los aspectos relativos a la normativa que rige a las cooperativas de integración, a la responsabilidad por las deudas sociales, y a la posibilidad de ejercer el voto plural:

#### **A) Normativa que las rige.**

Las cooperativas de integración se rigen por los principios y caracteres del sistema cooperativo, por sus Estatutos, y por la legislación cooperativa, estatal o autonómica, correspondiente.

---

(170) ESPAÑA: REAL DECRETO 84/1993..., "Opus cit", disposición adicional tercera.

(171) Véase: R.J. PALOMO ZURDO: "La banca cooperativa y la financiación empresarial en España", *Economía Industrial*, N. 239, septiembre-octubre 1993, pp. 151-162.

B) La responsabilidad por las deudas sociales.

La responsabilidad de las entidades miembros por las deudas sociales, será siempre limitada.

C) El voto plural.

Se autoriza el voto plural, pero se limita por las normas recogidas en la citada regulación, y se establece la imposibilidad de que se base en las aportaciones suscritas o desembolsadas al capital social.

Algunos autores sostienen que se trata de un sistema de integración natural propio para el sistema cooperativo, dado su principio básico de intercooperación (172).

#### **5.3.3.4. La sociedad cooperativa de servicios.**

La sociedad cooperativa de servicios constituye una fórmula de concentración empresarial con una doble finalidad, funcional y de dirección, que solamente puede ser adoptada por las sociedades cooperativas.

Según la Ley General de Cooperativas de 1987 son cooperativas de servicios, aquellas que "asocien a personas físicas o jurídicas, titulares de explotaciones industriales o de servicios y a profesionales o artistas que ejerzan su actividad por cuenta propia, y tienen por objeto la prestación de suministros y servicios y la realización de operaciones encaminadas a la mejora de las actividades profesionales o de las explotaciones de sus socios" (173). Es precisamente la posibilidad de incluir a personas jurídicas la que la convierten en una fórmula integradora.

En su denominación pueden utilizar términos que reflejen la actividad que desarrollan, o el sector económico que corresponde a la sociedad.

---

(172) J. DE PUIFERRAR: "Vers l'institution d'un groupement européen de coopération", *Rev. Marché Commun*, 1983, p. 424.

(173) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 139.

Para cumplir su objetivo, las cooperativas de servicios pueden realizar, entre otras, las siguientes actividades:

- \* Adquirir, elaborar, producir, fabricar, reparar y mantener instrumentos, maquinaria, instalaciones y cualquier material, producto y elemento para la sociedad cooperativa y para las actividades profesionales o de las explotaciones de sus socios.
- \* Transportar, distribuir y comercializar los servicios y productos que procedan de la cooperativa y de la actividad social o de las explotaciones de los socios.
- \* Realizar operaciones preliminares o ultimar transformaciones para favorecer la actividad profesional o de las explotaciones de los socios, así como ejercer industrias auxiliares o complementarias a las de sus socios.
- \* Cualquier actividad necesaria, conveniente o que facilite la mejora económica, técnica, laboral o ecológica de la actividad profesional o de las explotaciones de los socios.

Por otra parte, cuando en el objeto y socios de las cooperativas concurren circunstancias que permitan su clasificación en alguna de las secciones del Capítulo XII de la Ley General de Cooperativas, dedicado a las diferentes clases de sociedades cooperativas, éstas no pueden ser calificadas como cooperativas de servicios.

Las limitaciones establecidas por su ámbito territorial y por la actividad realizada con terceros ya han sido mencionadas más arriba al analizar las cooperativas de distribución farmacéutica como integrantes de este tipo de entidades.

#### **5.3.4. Las sociedades cooperativas del sector de la salud ante las formas de concentración específicas para cooperativas.**

Después de exponer las fórmulas de integración específicas para sociedades cooperativas, se aplican las mismas a las cooperativas de asistencia sanitaria.

##### ***5.3.4.1. Sociedad cooperativa de segundo y ulterior grado.***

La concentración de cooperativas del sector de la salud mediante esta fórmula integradora es analizada con detalle más abajo. En este apartado únicamente se hace mención a la existencia de algunas particularidades específicas según la actividad de las cooperativas de base.

### 5.3.4.2. *Las asociaciones cooperativas.*

La integración de las sociedades cooperativas del sector de la salud dentro de estas asociaciones, tiene como objeto la defensa de los intereses de las cooperativas miembros. Como característica fundamental hay que mencionar que las sociedades cooperativas primarias no pierden ningún grado de su autonomía de decisión (174). Su actuación es especialmente interesante para la defensa de los intereses de estas cooperativas frente a otros participantes del sector, así como para la conciliación en conflictos entre sus miembros.

La aplicación a las sociedades cooperativas del sector de la salud tiene las siguientes peculiaridades:

- A) Las Uniones solamente pueden formarse con sociedades cooperativas de la misma clase, lo que impide incluir a cooperativas de seguros, de trabajo asociado, de instalaciones sanitarias (incluidas en las consumidores y usuarios), y farmacéuticas (dentro de las de servicios). Por tanto sería posible formar Uniones entre diferentes cooperativas de una misma clase, como los distintos tipos de seguros de asistencia sanitaria, pero no con el resto de sociedades del sector de la salud.
- B) Las Federaciones y Confederaciones no determinan esa igualdad de clase entre sus miembros, por lo que en principio serían aplicables a las cooperativas del sector de la salud. La diferencia entre unas y otras se refiere, sobre todo, al ámbito territorial, que limita a las primeras a una Comunidad Autónoma, mientras que las segundas tienen ampliado este requisito al territorio estatal.

Dentro de las posibilidades citadas, su utilidad para fines representativos es incuestionable, aunque la búsqueda de una integración económica no las convierta en una fórmula aplicable a los objetivos de este trabajo.

---

(174) T. ROSEMBUJ: "La economía de las...", *"Opus cit"*, p. 150.

#### **5.3.4.3. Sociedad cooperativa de integración.**

Al ser posible incluir cualquier tipo de cooperativa dentro de las sociedades cooperativas de integración, esta fórmula se plantea como uno de los procedimientos posibles para realizar el proceso integrador en el sector de la salud. Hay que tener en cuenta que junto a las sociedades cooperativas pueden formar parte de las mismas otras entidades sin naturaleza cooperativa. Sin embargo, se garantiza el control mayoritario por parte de las cooperativas integradas. Además, si se quiere cumplir el principio de la naturaleza cooperativa hay que evitar la participación de las mencionadas entidades.

Por otra parte, las únicas sociedades autorizadas para constituir estas entidades son las cooperativas de crédito. Esta circunstancia obliga a incluir siempre a una de las mencionadas cooperativas, convirtiéndose en una fórmula de integración mediante la que las cooperativas del sector de la salud pueden establecer importantes vínculos con entidades financieras.

De forma similar se plantea la integración de las cooperativas del sector de la salud mediante las agrupaciones europeas de interés económico.

#### **5.3.4.4. La sociedad cooperativa de Servicios.**

La gran variedad de objetos sociales establecidos para las cooperativas de servicios y la posibilidad de incluir como socios a personas jurídicas, es la que permite a estas entidades actuar como una fórmula de integración. Sin embargo, entre los diferentes objetos sociales, únicamente la de realizar cualquier actividad necesaria o que facilite la mejora económica, técnica, laboral o ecológica de la actividad profesional o de las explotaciones de los socios, puede adaptarse al principio de finalidad económica coordinada. Sin embargo, la naturaleza de sus objetos sociales parece más apropiada para el modelo económico limitado que para el intermedio.

Por otra parte, si se considera como objeto social la coordinación económica, y se incluyen a las cooperativas del sector de la salud como sus socios, estaríamos ante una cooperativa de segundo grado. Esta posibilidad choca frontalmente con la imposibilidad de formar sociedades cooperativas de servicios cuando en su objeto concurren circunstancias que permitan su clasificación en alguna de las diferentes clases de sociedades cooperativas establecidas en la Ley General 3/1987.

También hay que mencionar que las cooperativas de distribución farmacéutica forman parte de este tipo de entidades.

#### **5.4. La integración cooperativa en el sector de la salud, en función de la fórmula utilizada. La sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.**

Una vez analizadas las distintas fórmulas de concentración, y su posible aplicación a las sociedades cooperativas del sector de la salud, procede realizar una comparación entre las mismas. Tras efectuar este proceso, teniendo en cuenta los principios integradores establecidos de partida, se pueden analizar las medidas que deben tomarse para lograr el objetivo buscado.

##### **5.4.1. Análisis comparado de las fórmulas integradoras para las sociedades cooperativas del sector de la salud.**

A lo largo de este capítulo se han puesto de manifiesto los posibles sistemas de concentración adaptándolos a la naturaleza de las sociedades cooperativas del sector de la salud. Este tratamiento ha sido realizado de una forma aislada, sin especificar cuales son las posibilidades de unos frente a otros.

Entre las diferentes alternativas habrá que eliminar aquellas que no cumplan alguno de los principios integradores, por los siguientes motivos:

- La imposibilidad de agrupar a la variada gama de entidades incluidas en el sector de la salud (incumplimiento del principio de la agrupación cooperativa en el sector de la salud),
- No realizar una finalidad económica coordinadora (incumplimiento del principio de la finalidad económica coordinadora),
- Necesitan la participación de entidades no cooperativas (incumplimiento del principio de la naturaleza cooperativa).

##### **A) Incumplimiento del principio de la agrupación cooperativa en el sector de la salud.**

- Las fórmulas de concentración sin vinculación contractual, basada únicamente en la participación real (fusiones, absorciones, segregaciones y escisiones), no permiten realizar

estos procesos a cooperativas de seguros con otras que no lo son. La cesión de cartera únicamente afecta a las cooperativas de seguros, por lo que también incumple este principio.

- Las Uniones de Cooperativas tampoco permiten incluir en las mismas a sociedades cooperativas de distinta clase, a diferencia de lo que ocurre en las Federaciones y Confederaciones.

#### B) Incumplimiento del principio de la finalidad económica coordinadora.

- Mientras que las U.T.E. sólo sirven para acuerdos de cooperación puntuales, las A.I.E. permiten cumplir mejor los fines económicos perseguidos.

- Las fórmulas contractuales sin figura societaria específica pueden adaptarse a cualquier tipo de colaboración económica. Sin embargo, su limitada estabilidad hace muy difícil su aplicación a los objetivos económicos coordinadores. Además, entre las fórmulas más usuales incluidas dentro de las mismas, ninguna cumple perfectamente los objetivos perseguidos por las diferentes actividades del sector de la salud. Esto es debido a que tienen su principal aplicación para agrupar a sociedades competidoras de forma directa.

- La cooperación no contractual, basada de forma exclusiva en vínculos reales, implica generalmente la pérdida de la autonomía de gestión, en las cooperativas integrantes, y en la toma de decisiones democráticas, pudiendo afectar incluso al objeto social de las cooperativas asociadas.

- Dado el objetivo social de las cooperativas de servicios, éstas se adaptan mejor al modelo económico limitado, que al intermedio.

- La constitución de las sociedades cooperativas de integración, hace necesaria la intervención de una cooperativa de crédito. Esta característica permite que se presenten como un útil elemento de financiación para las cooperativas del sector de la salud asociadas. Sin embargo, para realizar la coordinación económica del grupo sería necesario instrumentar otra sociedad con ese específico fin.

- Las asociaciones de cooperativas en Uniones, Federaciones, y Confederaciones, tienen una finalidad fundamentalmente representativa que las aleja de la coordinación económica.



C) Incumplimiento del principio de la naturaleza cooperativa.

- Las fórmulas contractuales con figura societaria específica, llevan implícita la formación de entidades de naturaleza no cooperativa como las U.T.E. y las A.I.E..
- Los grupos de cooperativas, pueden presentar una entidad de naturaleza no cooperativa como cabeza de grupo, con lo que se rompería el principio de la naturaleza cooperativa. Para cumplir dicho principio la cabeza de grupo debe ser otra sociedad cooperativa. Sin embargo, en este caso estamos ante una sociedad cooperativa de servicios.
- Las sociedades cooperativas de integración recogen la posibilidad de participación en las mismas de empresas de naturaleza no cooperativa. Sin embargo, con la simple eliminación de estas sociedades, pueden cumplir la condición de participación exclusiva de cooperativas.

Todas las limitaciones mencionadas son recogidas en el cuadro 68, en el que aparecen las sociedades cooperativas de segundo grado como única fórmula que cumple las tres condiciones de partida.

CUADRO 68. APLICACION DE LAS FORMULAS DE COLABORACION A LAS CONDICIONES INTEGRADORAS DE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD.

GENERICAS		PRINCP AGRUPAC COOPERTV	PRINCP FINALD EC EC COORDND	PRINCP NATURLEZ COOPERTV	NUMERO PRINCP CUMPLD
CONTRACT	CON FIGURA SOCIETARIA	SI	NO	NO	1
	SIN FIGURA SOCIETARIA	SI	NO	SI	2
NO CONTRACT	VINCULO REAL O PERSONAL	SI	SI	NO	2
	VINCULO SOLO REAL	NO	NO	SI	1
ESPECIFICAS					
COOP. DE SERVICIOS		SI	NO	SI	2
COOP. DE INTEGRACION		SI	NO	SI	2
UNIONES DE COOPERATV		NO	NO	SI	1
FEDERACIONES Y CONFEDERACIONES		SI	NO	SI	2
COOP. SEGUNDO GRADO		SI	SI	SI	3

#### **5.4.2. Las sociedades cooperativas de segundo grado como fórmula integradora de las cooperativas del sector de la salud.**

Al ser las sociedades cooperativas de segundo y ulterior grado la única fórmula que cumple los tres principios integradores de partida, se presenta como la más indicada para el proceso de concentración del sector cooperativo de la salud.

Antes de analizar con detalle el sistema de toma de decisiones y su estructura económica, resulta conveniente hacer mención a determinados aspectos preliminares relacionados con los principios integradores y con las notas características de las citadas entidades.

##### ***5.4.2.1. Aspectos preliminares.***

Dentro de estos aspectos preliminares se incluye un análisis de la adaptación de la cooperativa de segundo grado a los principios integradores y de sus características como fórmula de concentración. Además, se hace referencia a su regulación en la legislación autonómica y a su denominación.

##### **5.4.2.1.1. Las sociedades cooperativas de segundo grado y los principios integradores.**

Las sociedades cooperativas de segundo grado no pierden su eficacia como fórmula integradora al ser aplicadas al sector de la salud. Prueba de ello es que cumplen perfectamente los principios integradores establecidos como condiciones necesarias para emprender el proceso de concentración cooperativa.

##### **A) Principio de la agrupación cooperativa en el sector de la salud.**

Las sociedades cooperativas de segundo o ulterior grado, acogen en su seno a cooperativas de similar o diferente clase. Por este motivo pueden ser socios de la misma, la variada gama de cooperativas que integran el sector de la salud (de seguros, de trabajo asociado, de servicios y de consumidores y usuarios).

#### B) Principio de la finalidad económica coordinadora.

La coordinación económica forma parte del objeto social de las cooperativas de segundo o ulterior grado. Esta circunstancia no es obstáculo para que puedan realizar otras actividades, siempre y cuando se encuentren autorizadas para ello.

#### C) Principio de la naturaleza cooperativa.

Las sociedades cooperativas de segundo o ulterior grado tienen naturaleza cooperativa, y se rigen salvo disposiciones expresas, por las mismas normas que las de primer grado que las forman. Además, salvo los socios de trabajo y algunas excepciones autonómicas, que son mencionadas más abajo, sólo pueden estar formadas por sociedades cooperativas.

Aunque se analiza posteriormente, conviene reseñar que las leyes de cooperativas de Cataluña y del País Vasco, incumplen este principio al permitir integrarse en la sociedad cooperativa supraprimaria sanitaria a entidades sin naturaleza cooperativa.

### 5.4.2.1.2. Notas características de las sociedades cooperativas de segundo grado en el proceso integrador.

Las cooperativas de segundo y ulterior grado presentan una serie de aspectos que las caracterizan en el proceso integrador. Entre ellas destacan:

- El vínculo de unión con las sociedades cooperativas agrupadas.
- La formas de participación de las sociedades cooperativas integradas.
- El objetivo de la entidad coordinadora.
- La subsistencia de la entidad coordinadora.

#### A) El vínculo de unión con las sociedades cooperativas agrupadas.

La vinculación entre la sociedad cooperativa de segundo grado y las cooperativas de base se fundamenta en dos aspectos: el acuerdo de las Asambleas Generales de las cooperativas miembros, y la participación de éstas en el capital social de la primera.

- Acuerdo de las Asambleas Generales. El acuerdo de formación de una sociedad cooperativa de segundo grado, tiene que ser aprobado en la Asamblea General de todas las cooperativas de base que vayan a formar parte de la misma. Esta circunstancia que hace necesaria la voluntariedad, de las sociedades cooperativas del sector de la salud implicadas, para pertenecer a la misma.

- Participación en el capital social. Las sociedades cooperativas de base participan en el capital social de la de segundo grado. De esta manera se produce un efecto opuesto al de los tradicionales grupos de sociedades, en los que es la entidad coordinadora la que participa en el capital de las restantes.

#### B) Las formas de participación de las sociedades cooperativas integradas.

Dicha participación se puede dividir en dos capítulos: la participación en el capital social, y la participación en las decisiones de la Asamblea General.

- La participación en el capital social.

La participación de las cooperativas de base en el capital de la de segundo grado no encuentra ninguna limitación, a diferencia de lo ocurrido en las sociedades mercantiles. Esta circunstancia puede presentar el problema del dominio de una de las cooperativas de base, aunque para ello se establecen diferentes sistemas de votación en la toma de acuerdos, que son analizados más abajo.

- La participación en la Asamblea General.

La participación de las cooperativas de base en la Asamblea General de la de segundo grado se ejerce mediante el voto. Aunque en las cooperativas de segundo grado se permite el voto múltiple, solamente en las de crédito es posible establecer el criterio en función de la participación en el capital. Con ello se eliminan las dudas suscitadas por la no existencia de un límite de participación de las sociedades cooperativas de base en la de segundo grado.

C) El objetivo de la entidad coordinadora.

Una nota fundamental que distingue a las cooperativas de segundo grado de la matriz de un grupo de empresas es que, mientras esta última tiene un objetivo propio, la cooperativa de segundo grado presenta los mismos fines de las sociedades cooperativas de base integradas en la misma. Por tanto, la cooperativa de segundo grado guía su función coordinadora hacia los objetivos fijados por sus integrantes, en este caso las cooperativas del sector de la salud, a diferencia de la matriz de carácter mercantil que busca el beneficio propio.

D) La subsistencia de la entidad coordinadora.

En el caso de que desaparezcan las entidades coordinadas con una matriz, ésta puede subsistir. Sin embargo, dicha subsistencia no es posible en la cooperativa de segundo grado en la que incluso la separación de entidades de base por debajo del número mínimo fijado legalmente, es causa de su disolución. De esta manera se pone de manifiesto que la sociedad cooperativa de segundo grado debe, tanto su nacimiento como su existencia a las cooperativas de base que coordina.

#### 5.4.2.1.3. Análisis comparado de la legislación autonómica para las sociedades cooperativas de segundo y ulterior grado.

La regulación de las sociedades cooperativas de segundo y ulterior grado en la normativa autonómica, introduce una serie de modificaciones con respecto a la normativa general (175). Dejando a un lado los aspectos no aplicables al sector de la salud, y que suelen referirse a cooperativas agrarias y sociedades anónimas de transformación, es necesario mencionar que la Ley de Cooperativas Catalana es la única norma autonómica que no formula el concepto jurídico positivo de la cooperativa de segundo grado. Sin embargo, en la citada norma, se hacen numerosas referencias a este concepto. Además, dicha Comunidad Autónoma es la única que ha aprobado un decreto independiente para establecer el Reglamento de las Cooperativas Sanitarias de Segundo Grado.

---

(175) La normativa autonómica en la regulación de cooperativas relativa a la modalidad de segundo grado es la siguiente: COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA: LEY 2/1985..., "Opus cit", art. 100; COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA: LEY FORAL 12/1989..., "Opus cit", art. 74; COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: DECRETO LEGISLATIVO 1/1992..., "Opus cit", arts. 5, 15.3, y 34.3; COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 4/1993..., "Opus cit", arts. 128-133; y COMUNIDAD AUTONOMA VALENCIANA: LEY 3/1995..., "Opus cit", art. 85.

Entre las bases establecidas en la legislación autonómica, pueden destacarse cuatro aspectos fundamentales; los posibles socios, su número, la facultad para realizar el voto plural y los métodos para calcularlo, y las limitaciones al mismo. Para finalizar este análisis hay que destacar la mención expresa a las sociedades cooperativas sanitarias de segundo o ulterior grado, que se realiza en la legislación catalana (cuadro 69).

#### A) Número mínimo de socios.

La legislación general coincide con la vasca, la andaluza, la navarra, y la valenciana, tras su reciente reforma, en que el número mínimo de sociedades cooperativas de grado inferior necesarios para formar una de grado superior es de dos. Sin embargo, en la normativa catalana se exigen tres sociedades cooperativas fundadoras.

#### B) Los posibles socios.

Todas las regulaciones incluyen como posibles socios a cooperativas de grado inferior junto a socios de trabajo, aunque para estos últimos suele ser necesario que así se encuentre recogido estatutariamente. Además, las legislaciones vasca, valenciana y andaluza incluyen entre los posibles socios a las entidades públicas. Por su parte la última normativa mencionada permite también la participación de las sociedades de desarrollo regional, la catalana la de cualquier entidad sin ánimo de lucro, la valenciana la de las personas jurídicas que realicen una actividad cooperativizada en favor de todos los integrantes, y la vasca a las personas físicas o jurídicas con necesidades convergentes.

#### C) El voto plural y los procedimientos para su cálculo.

El derecho al voto plural, es reconocido en todas las legislaciones autonómicas, y también en la normativa estatal. Los métodos para determinar el voto plural utilizados se realizan, de forma genérica, en función de la participación en la actividad cooperativizada, y según el número de socios que forman parte de cada cooperativa asociada.

#### D) Las limitaciones al voto plural.

Se trata de un aspecto en el que existe una gran disparidad de criterios, por lo que conviene analizar cada legislación de forma separada.

##### D.1) Régimen andaluz.

En el caso de que se utilice el criterio de participación en la actividad cooperativizada, como norma general el número máximo de votos es de un tercio. Sin embargo, para las cooperativas con menos de cuatro socios el límite es del cincuenta por ciento de los votos.

#### D.2) Régimen valenciano.

Se impone el límite máximo del cuarenta por ciento de los votos presentes y representados, en poder de las entidades jurídicas sin forma de cooperativa.

#### D.3) Régimen navarro.

El criterio seguido en este concepto es exactamente igual que el de la normativa general.

#### D.4) Régimen catalán.

Si se utiliza el criterio basado en la actividad cooperativizada, el número máximo de votos por socio, es de tres. Independientemente del método utilizado, el límite general se fija en el veinte por ciento, aunque si el número de socios es menor de seis, se eleva la cifra hasta un tercio.

#### D.5) Régimen vasco.

El número de votos máximo para cada socio sin naturaleza cooperativa se fija en un tercio de los votos, salvo cuando existan menos de cuatro socios. Además, la suma conjunta de los votos de socios no cooperativas, no puede superar el cincuenta por ciento del total.

CUADRO 69. ANALISIS COMPARADO DE LA LEGISLACION AUTONOMICA SOBRE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DE SEGUNDO GRADO.

	GENERAL	ANDALUC	VALENCI	NAVARRA	CATALUÑ	P. VASCO
N. MINIMO DE SOCIOS	2	2	2	2	3	2
COOPERATV	SI	SI	SI	SI	SI	SI
S.DE TRAB	SI	SI	SI	SI	SI	SI
E.PUBLICOS		SI	SI			SI
S.D.REGIO		SI				
P.F Y P.J NECESID. CONVERG						SI
P. JURIDC PARA ACTV COOPERATV			SI			
OTRAS SIN ANIMO DE LUCRO					SI	
VOTO PLURAL	SI	SI	SI	SI	SI	SI
LIMITAC AL VOTO PLURAL	GL.20% 3SC.40% 2SC.50%	GL.1/3 MENOS 4SC.50%	40% PARA SOC NO COOP	GL.20% 3SC.40% 2SC.50%	GL.20% MENOS 6SC.1/3 AC.3VOT	1/3 PARA SOC NO COOPER MAX 50%

E) Las sociedades cooperativas sanitarias de segundo grado.

La legislación catalana al referirse a las cooperativas sanitarias incluye dentro de las mismas, junto a las de primer grado (seguros y de instalaciones sanitarias), a las cooperativas sanitarias de segundo o ulterior grado (176), estableciendo su posterior regulación mediante Reglamento. Dicho Reglamento fue aprobado en 1993 (177), y aunque en líneas generales remite a la Ley catalana de Cooperativas 1/1992 hay que señalar los siguientes aspectos:

- Integrantes: Al igual que ocurre en la normativa general, debe formar parte de la misma al menos una sociedad cooperativa sanitaria de primer grado. También pueden formar parte entidades con naturaleza no cooperativa sin ánimo de lucro, aunque hay que tener en cuenta una serie de límites a los que se hace referencia más abajo.

- Contenido de Estatutos: En líneas generales remite a la Ley 1/1992, en materia de preavisos de baja, plazo de permanencia de los socios y criterio de voto.

(176) COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY 1/1992..., "Opus cit", art. 99.4.5.6.

(177) COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: DECRETO 176/1993..., "Opus cit", arts. 1-4.



- Finalidad: Coordinar, organizar y potenciar una acción conjunta del grupo y fijar las bases de proyección y programación.

- Organos sociales: La Asamblea General está formada por los miembros de los consejos rectores y de los órganos análogos de las entidades socias, y por los representantes de los socios de trabajo si existen.

#### 5.4.2.1.4. La denominación de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

Aunque no se hace ninguna mención a la denominación aplicable a las cooperativas de segundo o ulterior grado consideradas globalmente, la Ley General de Cooperativas regula este aspecto para las cooperativas sanitarias (178). Así, se pueden denominar "Sanitarias" las cooperativas de segundo o ulterior grado que integren al menos una de esta clase, entendidas como las de seguros de asistencia sanitaria.

Por ello si la cooperativa de segundo grado incluye entre sus entidades de base a una sanitaria de seguros, puede denominarse sanitaria, agrupando a su vez a otras de consumidores o usuarios, o de servicios complementarios a los de los profesionales del seguro sanitario. Sin embargo, al incorporar cooperativas dedicadas a la asistencia sanitaria y a la distribución farmacéutica, y reunir a los principales colectivos que componen el sector de la salud vamos a denominar a estas sociedades como cooperativas de segundo grado de la salud.

La legislación catalana de cooperativas coincide con la regulación general, al permitir la denominación de sanitaria sólo con la condición de que una de las cooperativas de base lo sea (179). Sin embargo, va más lejos ya que, como se ha señalado más arriba, además admite en el seno de la misma a sociedades de naturaleza no cooperativa siempre y cuando carezcan de ánimo de lucro, su actividad guarde relación con un propósito de carácter sanitario que justifique la cooperativización, y que su número no sea superior a la mitad de los miembros de la de segundo grado.

---

(178) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 144.4.

(179) COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY 1/1992..., "Opus cit", art. 99.4.5.6; y COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: DECRETO 176/1993..., "Opus cit", art. 1.2.

#### **5.4.2.2. La coordinación económica en las sociedades cooperativas de segundo grado de la salud.**

La coordinación económica se realiza entre la amplia gama de colectivos que forman el sector cooperativo de la salud. Una vez determinados los mismos, se establecen las funciones propias de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

##### **5.4.2.2.1. Delimitación de los colectivos integrados en la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.**

Al utilizar las sociedades cooperativas de segundo grado, como fórmula integradora del sector de la salud, éstas deben incluir como cooperativas de base a entidades con naturaleza diferente. Cada una de las entidades de base está formada por diferentes colectivos, con intereses distintos, cuya coordinación ha de ser realizada por la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

Analizando los diferentes tipos de sociedades cooperativas del sector de la salud se observan diversos colectivos:

- Las cooperativas sanitarias de seguros. Independientemente de que se trate de cooperativas a prima fija o variable, los socios de estas son los usuarios de salud.
- Las cooperativas sanitarias de trabajo asociado.  
Los médicos y otro personal sanitario son los socios de la cooperativa, mientras que los usuarios son terceros.
- Las cooperativas de instalaciones sanitarias. Sus socios son los usuarios de salud.
- Las cooperativas farmacéuticas. Los socios de estas entidades son las oficinas de farmacia legalmente establecidas.

En realidad se trata de tres colectivos ya que los socios de las cooperativas de seguros y los de las cooperativas de instalaciones sanitarias son, en ambos casos, usuarios de salud. Junto a estos usuarios se encuentran los médicos y demás personal sanitario, y las oficinas de farmacia.

Si se pretende lograr una sanidad integral, es necesario incluir a todos estos colectivos en igualdad de condiciones unos con respecto a otros. Esto se consigue integrando a las diferentes sociedades cooperativas participantes en el sector de la salud, aunque hay que hacer las siguientes consideraciones previas:

- La relación entre las cooperativas farmacéuticas y el resto de los colectivos puede lograrse a través de las oficinas de farmacia establecidas en las instalaciones sanitarias propiedad de la cooperativa de consumo.
- Entre las diferentes fórmulas cooperativas de seguros hay que optar entre la modalidad a prima variable y la de prima fija. Dadas las características del seguro de asistencia sanitaria analizadas más arriba, y las limitaciones que se imponen a la modalidad a prima variable, las de prima fija tienen importantes ventajas. Los asegurados de estas son los socios usuarios de las cooperativas de instalaciones sanitarias y los pacientes en las de trabajo asociado.

Si a estos colectivos se le añaden los posibles socios de trabajo de las cooperativas farmacéuticas, de seguros y de instalaciones sanitarias, y los socios trabajadores, personal no sanitario, que pueden formar parte de la cooperativa de trabajo asociado, se encuentran implicados los siguientes colectivos:

- Los médicos y otro personal sanitario, socios trabajadores de las cooperativas sanitarias de trabajo asociado.
- Los usuarios de salud, socios de consumo de las cooperativas de instalaciones sanitarias, que a su vez son los socios asegurados de las cooperativas sanitarias de seguros.
- Las oficinas de farmacia de las instalaciones sanitarias propiedad de la cooperativa de consumo, como socios de una cooperativa de servicios.
- Los posibles socios de trabajo de las cooperativas farmacéuticas, de instalaciones sanitarias y de seguros. Ha este colectivo podría unirse el personal no sanitario, socio trabajador de las cooperativas sanitarias de trabajo asociado.

Al incluir esta variada gama de colectivos se busca lograr una entidad vinculada a las prestaciones de salud, en la que las decisiones sean tomadas por acuerdo entre todos los participantes en el mismo. Esta situación se contrapone al actual sistema sanitario, en el que los servicios de salud de las Comunidades Autónomas establecen una mínima participación de los representantes de las asociaciones de pacientes o de consumidores así como a otros órganos relacionados con el citado sector. En estas organizaciones la participación activa de los mencionados colectivos en la toma de decisiones, analizada más arriba, se limita a determinadas comisiones en las direcciones territoriales y de sector.

Por último no hay que olvidar, que si lo prevén los Estatutos, las personas físicas, cuya actividad consista en la prestación de su trabajo personal en la cooperativa de segundo grado pueden ser socios de trabajo de la misma. Esta posibilidad, al margen de las mencionadas en las normas autonómicas, no tiene sentido incluirla en la cooperativa de segundo grado de la salud, dado que su actividad económica es fundamentalmente coordinadora.

#### **5.4.2.2.2. Las funciones de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.**

La coordinación económica realizada por la sociedad cooperativa de segundo grado en el sector de la salud, debe tener en cuenta los intereses de los diferentes colectivos integrados en la misma, pero buscando siempre el beneficio colectivo como objetivo fundamental de la integración. Esta labor implica una serie de funciones que esta debe desarrollar, entre las que pueden destacarse:

- Ser la depositaria de los valores cooperativos relacionados con la salud.
- La función de programación.
- La actuación como centro de decisión.

A) Ser la depositaria de los valores cooperativos relacionados con la salud.

La sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, debe mantener los objetivos asistenciales de las sociedades cooperativas de base, pero además buscar una medicina participativa. Por ello, junto a los principios defendidos tradicionalmente por las cooperativas de asistencia sanitaria, (libre elección de médico, habitación individual, y pago por acto profesional realizado), la integración de estas entidades permite la participación democrática de los usuarios de salud, el personal médico y el resto de los profesionales integrados en el mismo.

Por otra parte, aunque los principios cooperativos son elementos fundamentales en las sociedades cooperativas de segundo grado, la estricta aplicación de algunos de ellos puede traer problemas en la estabilidad financiera, y en la toma de decisiones democráticas. Dichas modificaciones se aplican a los principios de puerta abierta y de un hombre un voto, y son analizadas más abajo.

B) La función de programación.

La cooperativa de segundo grado aplicada al sector de la salud, no es una suma de intereses individuales sino que persigue un interés colectivo en busca de una sanidad integral. Esta circunstancia

hace que realice una función programadora del conjunto de sociedades cooperativas de base y no una simple prestación de servicios. Se trata de lograr un centro de programación global para el grupo, con el objetivo de transformar la asistencia sanitaria y la salud en general (180).

C) La actuación como centro de decisión.

La cesión de parte de la soberanía de las sociedades cooperativas de base es una contraprestación por la obtención de resultados a través del grupo, que la cooperativa no puede alcanzar de forma individual. Su función es la de centro de decisión democrático, legítimamente aprobado por todas las cooperativas del sector de la salud que la integran. La cooperativa de segundo grado se convierte en el centro de gestión de los intereses convergentes de las sociedades cooperativas de base, siendo la encargada de determinar el modelo asistencial formado por el conjunto de cooperativas socias de la misma.

Por tanto, la principal función de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud consiste en coordinar y programar las directrices de las prestaciones de salud en las diferentes entidades que la componen. Todo ello teniendo en cuenta los objetivos particulares de sus diferentes colectivos, mediante un sistema de salud en el que participen, en igualdad de condiciones, los principales implicados en el mismo.

#### ***5.4.2.3. Los flujos decisionales y económico-financieros en las sociedades cooperativas de segundo grado de la salud.***

Para lograr la autogestión participativa es necesario que los usuarios no se sientan como simples asegurados o pacientes, y que tanto los socios de trabajo como los socios trabajadores, sean o no médicos, no tengan la impresión de que únicamente son asalariados. Para conseguirlo es fundamental que se establezcan fórmulas participativas tanto en la toma de decisiones como en el posible disfrute de los beneficios económicos derivados del proceso integrador.

Como ya se ha señalado, la formación de estas agrupaciones de sociedades cooperativas debe consolidarse mediante acuerdo estatutario de las cooperativas de base, y mediante un compromiso económico entre las mismas. Estos dos aspectos son las claves que determinan el proceso participativo en la toma de decisiones, y en los flujos económico-financieros.

---

(180) T. ROSEMBUJ: "La economía de las...", "Opus cit", p. 167.

#### 5.4.2.3.1. La toma de decisiones.

Con la integración, la capacidad del socio para tomar decisiones se reduce al aumentar el número de los mismos. Esta pérdida de participación puede compensarse, como se verá más abajo, con un aumento de la rentabilidad, de manera que el problema consiste en maximizar la segunda sin perder la primera. Además, uno de los factores que sirve para compensar la disminución en la participación, es el prestigio de formar parte de una organización relevante dentro del sistema.

La actuación de la cooperativa de segundo grado como centro de decisión determina la estructuración de fórmulas adecuadas para que se produzca una participación democrática en la adopción de decisiones en las mismas. Dentro de este proceso pueden distinguirse los siguientes aspectos:

- La autonomía de las sociedades cooperativas de base.
- La participación democrática en la toma de decisiones.
- Los órganos sociales.

##### 5.4.2.3.1.1. *La autonomía de las sociedades cooperativas de base.*

Para lograr que la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud funcione como centro coordinador es necesaria la cesión de parte de las competencias de las sociedades cooperativas de base, subordinándose a los intereses del grupo. Sin embargo, esta cesión no afecta a la autonomía de gestión y personalidad de las cooperativas agrupadas. En palabras de ALONSO "la cooperativa de Segundo Grado se concibe no como algo destructivo de la base, sino constructivo de otras bases" (181).

##### 5.4.2.3.1.2. *La participación democrática en la toma de decisiones. El principio de un hombre un voto.*

La participación, en las cooperativas de segundo grado de la salud, de entidades con diferentes características plantea problemas en la distribución del poder. Las decisiones como conjunto deben tener en cuenta los planteamientos e intereses de todos los colectivos integrados, evitando entregar el control a uno de

---

(181) F. ALONSO SOTO: "El cooperativismo sanitario de segundo grado. Bases para su organización y estructura", en VARIOS: **Cooperativismo sanitario de segundo grado**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987, p. 244.

los grupos. Para ello es fundamental una concordancia de los órganos sociales de las sociedades cooperativas de base y los de la entidad de segundo grado.

Antes de analizar la estructura de los órganos sociales es conveniente tener en cuenta la posibilidad de modificar el principio cooperativo de "un hombre un voto" en las cooperativas de segundo grado de la salud, con el fin de adaptarse a la naturaleza de sus integrantes. Los criterios aplicables son fijar ponderaciones en relación con la actividad cooperativizada, o en función del número de socios de la cooperativa asociada (182). También es posible utilizar un método mixto entre los dos anteriores.

La aparición de socios trabajadores y de trabajo por un lado, y socios usuarios por otro, hace necesario utilizar alguna fórmula de ponderación. Según el criterio de la actividad cooperativizada se usan diferentes baremos para ambos grupos. Por otra parte, si se tuviera en cuenta el número de socios de cada entidad de base, la cooperativa de consumidores o usuarios y la de seguros, por su mayor cantidad de socios, podrían imponer sus criterios sobre el resto.

En una cooperativa de instalaciones sanitarias no tendría mucho sentido que un pequeño porcentaje de socios de trabajo impusieran sus criterios sobre la mayoría de los socios usuarios, pero tampoco que estos últimos sometieran a los primeros a unas condiciones retributivas y laborales desfavorables. Este problema se multiplica si se tiene en cuenta la variada gama de colectivos que participan en la cooperativa de segundo grado de salud. Por ello una alternativa, utilizada en la práctica (183), consiste en determinar las diferentes proporciones como base para cada colectivo y cooperativa.

Para mantener el carácter democrático el procedimiento más apropiado parece ser el de igualdad de votos para cada sociedad cooperativa de base. Sin embargo, en el caso del sector de la salud esta cuestión se complica por la existencia de sociedades cooperativas con naturaleza, y actuación muy diferentes.

En el análisis realizado a continuación se sigue el criterio de la Ley General de Cooperativas a la hora de determinar el voto múltiple. Por tanto, si se consideran cooperativas con ámbito autonómico habría que ceñirse a los límites expuestos más arriba para cada una de ellas. Así, el tope fijado es de un tercio de los votos totales en poder de una sola entidad socia. Si la sociedad está integrada sólo por tres socios el límite se eleva hasta el 40%, y si únicamente la forman dos, es del 50%. Para las cooperativas de segundo grado de la salud,

---

(182) Los criterios de proporcionalidad de voto se recogen en ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 47.2. Los citados criterios también son aplicables en la Asamblea constituyente, de sociedades cooperativas de segundo grado como se recoge en los artículos 9.1 y 9.2 de la misma Ley.

(183) Sobre los métodos para determinar el voto utilizados en las principales sociedades cooperativas de segundo grado véase: S. HERNADEZ: **Macrocooperativas y cooperativismo sanitario**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1990, pp. 205-212.

formadas por una de trabajo asociado, una de instalaciones sanitarias, una de seguros y una farmacéutica, el límite máximo es del 33% para cada entidad.

A continuación se realiza una propuesta sobre el posible reparto del peso en la toma de decisiones fijado por cooperativa de base, y dentro de cada una de ellas los que corresponden a los diferentes colectivos que la forman. El reparto propuesto se realiza considerando que los pilares básicos de la integración cooperativa son los usuarios y los médicos, aunque sin olvidar el papel fundamental del resto de colectivos. Teniendo en cuenta que los socios de las cooperativas de seguros son los mismos que los de la cooperativa de instalaciones sanitarias, estas dos entidades junto a las de trabajo asociado deben llevar el peso de la cooperativa de segundo grado, logrando un equilibrio entre sus colectivos. Con los objetivos citados la distribución propuesta es la siguiente:

- La cooperativa sanitaria de trabajo asociado. Está formada por socios trabajadores (médicos y personal no sanitario). La participación del total no puede superar el 33%, que se reparte un 30% para los médicos y el 3% restante para los demás socios trabajadores.
- La cooperativa de instalaciones sanitarias. Los socios son los usuarios de salud y socios de trabajo. Su participación total se fija en un 25%, que se reparte un 15% para los usuarios y un 10% para los restantes socios.
- La cooperativa de seguros a prima fija. Al igual que la anterior esta formada por socios usuarios de salud (asegurados) y socios de trabajo. Su participación total también es del 25% que se reparte un 15% entre los primeros y un 10% para los últimos.
- La cooperativa de distribución farmacéutica. Se trata de una entidad complementaria, cuya finalidad es la de realizar las prestaciones farmacéuticas a los socios usuarios de las cooperativas de instalaciones sanitarias, que son los asegurados de la de seguros. Esta complementariedad hace que su participación global sea del 17%, repartiéndose un 10% para las oficinas de farmacia socios, (pertenecientes a las cooperativas de instalaciones sanitarias), y el 7% restante para los socios de trabajo.



CUADRO 70. PARTICIPACION DE LOS SOCIOS EN LAS DECISIONES LA COOPERATIVA DE SEGUNDO GRADO DE SALUD.

DISTRIBUCION POR COOPERATIVAS		DISTRIBUCION POR COLECTIVOS	
ST. INST. SANIT 10%	COOP DE INSTALACIONES SANITARIAS 25%	ST. INST. SANIT 10%	30%
USUARIOS 15%		USUARIOS 15%	
USUARIOS 15%	COOP SANITARIA DE SEGUROS 25%	USUARIOS 15%	30%
ST. INST. SANIT 10%		ST. INST. SANIT 10%	
ST. FARMAC 7%	COOP FARMACEUTICA 17%	ST. FARMAC 7%	10%
OFIC. FARMAC 10%		OFIC. FARMAC 10%	
ST. NO. SANITAR 3%	COOP SANITARIA DE TRABAJO ASOCIADO 33%	ST. NO. SANITAR 3%	30%
MEDICOS 30%		MEDICOS 30%	

El reparto por sociedades cooperativas daría un 33% a la cooperativa sanitaria de trabajo asociado, un 25% a la de seguros, el mismo porcentaje a la de instalaciones sanitarias, mientras que el 17% restante se encuentra en manos de la farmacéutica, como queda reflejado en el cuadro 70. De esta forma ninguna de las cooperativas por si misma puede adoptar acuerdos para los que es necesario más del 50% de los votos (184).

Esta distribución permite además un equilibrio por colectivos. Así, los médicos tienen un 30% de los votos por su participación en la cooperativa de trabajo asociado. Idéntica cantidad se obtiene para los socios usuarios sumando el 15% de la participación de éstos en las cooperativas de seguros y de instalaciones sanitarias. También el 30% es la suma de los derechos de voto si se computan conjuntamente los socios trabajadores de las cooperativas de instalaciones sanitarias, de seguros y las farmacéuticas, y los socios de trabajo no sanitarios de las de trabajo asociado (cuadro 70). El 10% restante estaría en manos de las oficinas de farmacia, o lo que es lo mismo de la cooperativa de instalaciones sanitarias (socios usuarios) como propietaria de la misma. Aunque esta circunstancia podría suponer una ventaja comparativa de los socios usuarios hay que tener en cuenta que la cooperativa farmacéutica defiende los intereses de la institución como tal, que no tienen porque coincidir exactamente con los de los socios usuarios. De todas formas la suma de este 10% con el 30% poseído directamente por los socios usuarios no es suficiente para poder tomar decisiones en el seno de la sociedad cooperativa de segundo grado.

Las citadas proporciones no deben tener un carácter rígido, ya que aunque hay que tratar de mantener la participación global de los diferentes colectivos, se establecen fórmulas para ponderar la participación de los socios de trabajo y socios trabajadores no sanitarios, en función de la actividad cooperativizada en cada

(184) El porcentaje del 50% de los votos es la cantidad mínima exigida por la Ley General de Cooperativas para adoptar acuerdos. La citada cuantía se eleva a dos tercios en determinados supuestos previstos en la citada Ley.

ejercicio. Además, puede que en algunas de las cooperativas no existan socios de trabajo lo que obligaría a modificar las proporciones sin alterar el equilibrio entre colectivos.

#### **5.4.2.3.1.3. Los órganos sociales.**

Los principales órganos sociales en la toma de decisiones de las sociedades cooperativas de segundo grado son la Asamblea General y el Consejo Rector. Ambos tienen, básicamente, la misma constitución y funcionamiento analizada para las cooperativas de primer grado, por lo que en este apartado únicamente se hace referencia a las modificaciones, y a su aplicación al conjunto de sociedades cooperativas integrado. Por lo que respecta al Comité de Recursos, hay que señalar que éste sólo puede existir en las cooperativas de primer grado.

##### **A) La Asamblea General.**

La principal modificación con respecto a las sociedades cooperativas de base se encuentra en su composición. Está formada por un representante de cada cooperativa socio que en este caso son uno de la de instalaciones sanitarias, otro de la farmacéutica, otro de la seguros y un cuarto de la sanitaria de trabajo asociado. El representante de cada una es su presidente, salvo que otro socio sea designado, para cada asamblea, por acuerdo del Consejo Rector. Los miembros del citado consejo, los interventores, y los liquidadores de las cooperativas socios, no pueden representar a éstas en las Asambleas Generales, sin perjuicio de asistir a las mismas con voz pero sin voto.

La presencia de un único representante por sociedad cooperativa se adapta perfectamente a la proporcionalidad de decisión por cooperativas de base, aunque dificulta la aplicación de la proporcionalidad por colectivos. En este sentido la única solución es que el representante se convierta en el portavoz de las opiniones de los diferentes colectivos integrados en cada cooperativa.

##### **B) El Consejo Rector.**

El Consejo Rector, como órgano colegiado de gestión, gobierno y representación de la sociedad, no sufre modificaciones substanciales con respecto a lo analizado para las cooperativas de base. Con respecto al número de componentes lo único que se exige es un mínimo de tres miembros. Esta circunstancia permite aplicar la proporcionalidad de poder por colectivos, ya que hace factible, mediante la reserva de vocalías, incluir a los diferentes grupos que componen las sociedades

cooperativas de base. Cada colectivo tendría un representante elegido entre los candidatos presentados por las respectivas cooperativas socios, debiendo ser socios de las mismas.

Junto a la mencionada diferencia también puede citarse la posibilidad de que los cargos de Presidente y Vicepresidente del Consejo Rector, puedan ser elegidos entre sus propios miembros, siempre que así lo autoricen los Estatutos (185).

#### C) Otros organismos de gobierno.

El resto de organismos y cargos coinciden con la regulación cooperativa de base aunque hay que mencionar que los Interventores, al igual que en el Consejo Rector, son elegidos entre los candidatos presentados por las cooperativas de base socios de la de segundo grado.

#### 5.4.2.3.2. El régimen económico-financiero.

La cooperación de segundo grado hace necesario un compromiso económico entre las sociedades cooperativas de base del sector de la salud. Este compromiso no debe limitarse a la aportación al capital social, sino que requiere una extensión hacia otros recursos con el fin de fortalecer la estructura financiera del grupo (186).

La estructura financiera de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud es similar a la expuesta para las sociedades cooperativas de base, sin embargo es conveniente hacer una serie de precisiones motivadas por la propia naturaleza de la misma. Concretamente, los aspectos más destacados son:

- La formación del resultado económico.
- La estructura financiera.
- Implicaciones financieras de la aplicación del principio de puerta abierta.
- La retribución de las cooperativas socio y el retorno cooperativo.
- La fiscalidad.

---

(185) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 56.2.

(186) L. SOLA VILARDELL: "La coordinación de entidades en el cooperativismo sanitario", en VARIOS: **II Jornadas de Cooperativismo Sanitario de Usuarios**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987, pp. 155 y 156.

#### **5.4.2.3.2.1. La formación del resultado económico.**

Al hacer que la cooperativa de segundo grado de la salud, tenga como función principal la coordinación económica, la formación del resultado derivado de su actividad productiva se limita a la posibilidad de efectuar la auditoría externa, y a la asesoría jurídica. Estos servicios son prestados a las cooperativas socio, por lo que en el resultado económico no aparecen resultados provenientes de las operaciones ordinarias con terceros, o de las operaciones extracooperativas.

De esta forma el resultado económico únicamente está formado por el derivado de las operaciones ordinarias con los socios, siguiendo, la distribución de los mismos entre los distintos fondos de la cooperativa, las mismas normas analizadas más arriba para las cooperativas de base.

#### **5.4.2.3.2.2. La estructura financiera.**

La estructura financiera de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, mantiene las características de las cooperativas de base, aunque con algunas modificaciones motivadas por su naturaleza y por su reducido patrimonio derivado de su función económica. Dentro de la misma hay que distinguir el capital social, de los recursos que no integran el mismo, y de los fondos cooperativos.

##### **5.4.2.3.2.2.1. El capital social.**

La constitución de una cooperativa de segundo grado no requiere una cifra mínima de capital social. Esta circunstancia permite a las propias cooperativas de base decidir estatutariamente la aportación de cada una de las mismas. Algunos autores como HERNANDEZ (187) y ALONSO (188), sostienen la idea de que una sociedad cooperativa de segundo grado no debe tener más que el patrimonio imprescindible, actuando únicamente como coordinador y director de las sociedades cooperativas de base, y evitando así problemas como el interés del capital.

Los citados argumentos pueden adaptarse perfectamente al tipo de integración defendida en el ámbito de la salud, ya que la cooperativa de segundo grado de este sector tiene como función primordial la coordinación económica de sus socios, por lo que no necesita ni un gran patrimonio, ni grandes recursos

---

(187) S. HERNANDEZ: *Macrocooperativas y...*, "Opus cit", pp. 222.

(188) F. ALONSO SOTO: "El cooperativismo...", "Opus cit", p. 255.

financieros. Únicamente requiere el capital social y los fondos obligatorios necesarios para su puesta en funcionamiento, aunque sin olvidar que la aportación de cada entidad de base al capital de entidad de segundo grado también supone un nexo de unión, sobre todo cuando se pretende coordinar a entidades con actividades tan diferentes y con una gran diversidad de colectivos en su seno.

Por lo que respecta a la participación de cada entidad socio, mientras que en las cooperativas de primer grado está limitada al 25%, en las cooperativas de segundo o ulterior grado no existe tope máximo. Esta circunstancia se encuentra recogida en la Ley General de Cooperativas, en la que se establece dicho límite refiriéndose de forma expresa a las cooperativas de primer grado (189). El motivo es que en el caso de que únicamente estén formadas por dos o tres sociedades cooperativas de base, la aportación de alguna de ellas, tiene necesariamente que superar dicho porcentaje.

#### 5.4.2.3.2.2.2. Recursos no integrantes del capital social.

Dentro de este grupo de recursos financieros se incluyen una serie de conceptos económicos que pueden dividirse en tres grupos ya analizados más arriba. A modo de referencia los citados grupos son:

- A) Las prestaciones de los socios, en forma de cuotas de ingreso, cuotas periódicas, pagos para la obtención de los servicios cooperativizados, y de bienes entregados por los socios para la gestión de la cooperativa.
- B) Los préstamos voluntarios de los socios.
- C) La emisión de obligaciones.

Los recursos financieros incluidos en el primer grupo dependen fundamentalmente de la entrada de nuevos socios y de la actividad realiza por éstos con la cooperativa, ambas muy limitadas en las cooperativas de segundo grado de la salud. Por su parte, tanto en los préstamos voluntarios como en la emisión de obligaciones, el reducido patrimonio con el que se quiere dotar a la cooperativa de segundo grado de la salud, hace poco probable la utilización de estas fuentes de financiación.

---

(189) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 72.4.

#### 5.4.2.3.2.2.3. Los fondos cooperativos.

No presentan ninguna variedad con respecto a las sociedades cooperativas de primer grado. Sin embargo, bajo la teoría de dotar a la sociedad cooperativa del patrimonio estrictamente necesario, es difícil la formación del Fondo de Reserva Voluntario.

Por su parte si el resultado económico se obtiene únicamente mediante las operaciones ordinarias con los socios se eliminan dos de las fuentes que nutren el Fondo de Reserva Obligatorio. Esta circunstancia tiene consecuencias tanto sobre este último como sobre el Fondo de Educación y Promoción:

- El Fondo de Reserva Obligatorio. Al eliminar los Excedentes Extracooperativos, y los de Operaciones Ordinarias con terceros, el Fondo de Reserva Obligatorio únicamente se integra por:
  - \* Un porcentaje, fijado legalmente, sobre el 30% de excedente ordinario después de impuestos con las sociedades cooperativas del grupo.
  - \* Si la empresa lo determina de forma voluntaria, una parte del 70% sobre el resto del citado excedente.
- El Fondo de Educación y Promoción. Su única fuente, sin considerar aportaciones voluntarias, es parte del 30% del Excedente de Operaciones Ordinarias con los Socios. Por tanto aunque en principio no se ve afectado por la limitación del resultado económico, realmente si lo está ya que la cuantía de su dotación depende del importe del Fondo de Reserva Obligatorio.

Al nutrirse de parte del Excedente de Operaciones Ordinarias con los Socios después de impuestos, las cooperativas de base que más aportan a los fondos irrepantibles, son las que más utilizan los servicios de la cooperativa de segundo grado de la salud. Para un buen funcionamiento de la cooperativa es necesario fijar claramente las aportaciones de cada sociedad cooperativa de base, de forma que se recojan diferentes cuotas de participación en función de las sinergias producidas por la concentración en cada una de las cooperativas socio.

#### 5.4.2.3.2.3. *Implicaciones financieras de la aplicación del principio de puerta abierta.*

El principio de puerta abierta, uno de los característicos de las sociedades cooperativas, tiene como implicación financiera la variabilidad del capital. La libre entrada y salida de socios, según su voluntad y sin necesidad de ser reemplazados por otros socios, supone el aumento o reducción del capital. Esta característica, aplicable a todas las cooperativas, alcanza mayor incidencia en las de segundo grado por su limitado número de socios. El motivo es que la baja de una de las cooperativas de base supone una reducción del capital social que puede llevar a la imposibilidad de realizar su objeto social y consecuentemente a la disolución de la entidad de segundo grado. En el caso de la salud, solamente cuenta con cuatro entidades de base, y aunque se pretende que tenga un capital muy limitado la reducción del mismo también debe ser considerada. Todo esto sin olvidar las implicaciones con respecto a la reducción del número mínimo de tres socios fijado en la legislación autonómica Catalana, como se ha hecho referencia más arriba.

La solución pasa por la vinculación de las cooperativas de base de la salud y de su patrimonio con el fin de evitar la posible descapitalización. En este sentido POLO establece las posibles soluciones desde una vía cooperativa, o recurriendo a fórmulas ajenas (190).

##### 5.4.2.3.2.3.1. Soluciones cooperativas a la aplicación del principio de puerta abierta.

Un conjunto de posibles soluciones a la descapitalización motivada por la aplicación del principio de puerta abierta a las sociedades cooperativas de segundo grado de la salud, se consigue utilizando medios cooperativos. Teniendo en cuenta esta circunstancia surge la duda entre si es posible la no aplicación del principio de puerta abierta, o si por el contrario únicamente es viable atenuar sus efectos mediante fórmulas estrictamente cooperativas.

- No aplicación del principio de puerta abierta.

La no aplicación de este principio para las cooperativas de segundo grado, como tipo especial de cooperativas, iría en contra de los principios de la A.C.I.. Además, no encuentra reflejo en ninguna de las normas legislativas vigentes.

- Relajación del principio de puerta abierta.

---

(190) E. POLO SANCHEZ: "La organización social de la cooperativa sanitaria de segundo grado", en VARIOS: **Cooperativismo sanitario de segundo grado**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987, pp. 86-93.

Consiste en dificultar la baja voluntaria del socio bien mediante los Estatutos Sociales, o bien mediante otros acuerdos entre las sociedades cooperativas de base.

**\* Medidas Estatutarias.**

La Ley General de Cooperativas permite establecer en los Estatutos (191):

- La obligatoriedad de permanencia del socio durante un periodo mínimo de hasta cinco años.
- La deducción de hasta el 20% de las aportaciones obligatorias de los socios, en caso de baja. Si la baja se produce por incumplimiento de sus compromisos, puede penalizarse con un 10% adicional.
- Aplazar hasta cinco años el reembolso de aportaciones, aunque en este caso el socio tenga derecho a un interés, tres puntos por encima del básico del Banco de España.

**\* Acuerdos intercooperativos.**

Mediante acuerdos entre las sociedades cooperativas de base de la salud, es posible coordinar las citadas medidas estatutarias, con otras que aseguren las relaciones internas entre estas y la cooperativa de segundo grado de la salud. Así, pueden añadirse nuevas condiciones para el abandono de la sociedad, y una detallada delimitación de actividades coordinadas entre los diferentes colectivos que las integran.

#### 5.4.2.3.2.3.2. Soluciones extracooperativas al principio de puerta abierta.

Otra posibilidad es la utilización de sociedades, no cooperativas, para evitar la descapitalización. El principio integrador de la naturaleza cooperativa deja bien clara la conveniencia de formar conglomerados integrados únicamente por las sociedades cooperativas del sector de la salud. Este hecho elimina la posibilidad de que sociedades de capitales se integren en un mismo nivel que los diferentes tipos de cooperativas

---

(191) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", arts. 32, y 80.



analizados. Sin embargo, es posible utilizar estas entidades como instrumentos para vincular el patrimonio cooperativo.

Como se ha hecho referencia más arriba, las sociedades comanditarias y las colectivas presentan grandes dificultades por el motivo fundamental de la ilimitabilidad de responsabilidad para los socios. Esto hace que los tipos societarios que mejor pueden adaptarse a esta función sean las sociedades anónimas, incluidas las anónimas laborales, y la sociedades de responsabilidad limitada (192). La preferencia entre ambas puede ser analizada en función del capital y de la transmisibilidad de aportaciones (cuadro 71).

CUADRO 71. COMPARACION DE LAS SOCIEDADES COMO INSTRUMENTOS PARA EVITAR LA DESCAPITALIZACION DE LA COOPERATIVA DE SEGUNDO GRADO DE LA SALUD.

TIPO DE SOCIEDAD	CAPITAL MINIMO	TRANSM. APORTACIONES
SOCIEDAD ANONIMA	10 MILLONES	NO LIMITADA
S. ANONIMA LABORAL	10 MILLONES	RESTRINGIDA
S. RESP. LIMITADA	500.000 PTAS.	RESTRINGIDA

A) El capital.

Mientras que en la sociedad anónima y en la sociedad anónima laboral son necesarios un mínimo de 10 millones como capital social, en las sociedades de responsabilidad limitada sólo necesitan la cantidad de 500.000 pesetas.

B) La transmisión de aportaciones.

Las sociedades anónimas no tienen ninguna limitación para la transmisibilidad de aportaciones de los socios.

En las sociedades anónimas laborales hay que diferenciar entre las acciones laborales y no laborales, según estén o no reservadas a los socios trabajadores respectivamente. Mientras que las últimas son de libre transmisibilidad, siempre que el adquirente no supere el 25% del capital, las laborales, cuando no se adquieran por un trabajador a tiempo total, presentan un derecho de adquisición preferente. Este derecho se

(192) Un análisis comparativo entre la sociedad de responsabilidad limitada y la sociedad cooperativa es realizada por: C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ; "Las sociedades cooperativas de derecho y las de hecho con arreglo a los valores y a los principios del Congreso de la Alianza Cooperativa Internacional de Manchester en 1995: especial referencia a las sociedades de responsabilidad limitada reguladas en España", *Revista de Estudios Cooperativos*, N. 61, pp. 55 y 56.

ejerce en el siguiente orden: trabajadores no socios, socios trabajadores, socios no trabajadores y la propia sociedad anónima laboral (193).

Para transmitir aportaciones a terceros no socios, en las sociedades de responsabilidad limitada, es necesario ofrecérselas previamente al resto de los socios y a la propia sociedad, según se determine estatutariamente (194).

La exigencia de un capital social mínimo de 10 millones, para las sociedades anónimas y las anónimas laborales, no es una cuantía demasiado elevada para un sector como el de la salud. Por tanto, esta cifra no es un impedimento insalvable para crear una entidad como instrumento integrador con cualquiera de las formas jurídicas estudiadas.

Ya que el criterio del capital no permite realizar una elección entre los diferentes tipos de sociedades, es necesario acudir a la transmisión de aportaciones. En este sentido las sociedades de responsabilidad limitada y las sociedades anónimas laborales se muestran preferibles al permitir controlar mejor la marcha de integrantes. Así, se reduce la posible descapitalización, que amenaza a las cooperativas de segundo grado, si aplica en toda su extensión el principio de puerta abierta.

La sociedad anónima laboral presenta como ventaja, respecto a la sociedad de responsabilidad limitada, que se trata de una empresa con ciertos matices personalistas. Estos matices, derivados de su carácter social (195), las sitúan en la misma línea que las sociedades cooperativas que integran la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud. Sin embargo, en las sociedades anónimas laborales el 51% de su capital debe estar en manos de sus trabajadores, lo que impediría utilizarla como una filial en la que se recojan las aportaciones realizadas por las cooperativas de base a la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

En definitiva, las sociedades de responsabilidad limitada, presentan mejores condiciones que las sociedades anónimas y las anónimas laborales para actuar como instrumentos integradores. Su utilidad se basa en lograr una mayor estabilidad entre las sociedades cooperativas de base y la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, colaborando a evitar la descapitalización. En este caso la sociedad de responsabilidad limitada sería una filial a la que se aportase el capital de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, que seguiría como entidad coordinadora. Además, según expone BORJABAD (196), pueden actuar como

---

(193) La transmisión de acciones es analizada con detalle en: G. LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS: **La Sociedad Anónima Laboral...**, "Opus cit", pp. 93-111.

(194) Sobre las características y la transmisión de participaciones sociales puede verse: A. SORIANO FRAGUAS: "La constitución de una sociedad de responsabilidad limitada en el marco de la nueva Ley 2/95", *Usus Iuris*, M. Otoño de 1995, pp. 31-38.

(195) G. LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS: **La Sociedad Anónima Laboral...**, "Opus cit", p. 37.

(196) P. BORJABAD GONZALO: "Integración de las cooperativas...", "Opus cit", pp. 83-94.

nexo de unión gracias a la posibilidad de establecer prestaciones accesorias entre las diferentes sociedades cooperativas del sector de la salud.

#### ***5.4.2.3.2.4. La retribución de las cooperativas socio y el retorno cooperativo en las cooperativas de segundo grado de la salud.***

Al igual que la participación en los órganos de gobierno de la sociedad cooperativa de segundo grado, es el sistema para manifestar la autogestión de los diferentes colectivos que integran el sector de la salud, la retribución de la actividad cooperativizada se presenta como el elemento participativo en la gestión económica. Mediante el mismo la gran variedad de integrantes del sector de la salud se sienten vinculados al conjunto.

La integración de las sociedades cooperativas en el sector de la salud tiene como objetivo fundamental lograr una asistencia sanitaria participativa entre los diferentes colectivos que la integran. Sin embargo, también puede conseguir una mayor retribución que la recibida por los socios antes del proceso integrador, gracias a su contribución a la actividad productiva del conjunto de entidades incorporadas en la de segundo grado. Dicha contraprestación se añade a la producida en el seno de cada entidad de base, pudiendo repartirse de forma anticipada, o como retorno.

En la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud y en sus entidades socio, la cantidad a recibir por cada socio trabajador o de trabajo, y el precio para los socios usuarios debe fijarse por acuerdo entre todas las sociedades cooperativas de base. Sin embargo, en caso de que exista beneficio éste se considera propiedad de todas ellas, ya que actúan en equipo. Al tratarse de entidades de base complementarias, cada una de las sociedades cooperativas debe dedicar parte del beneficio a la constitución de las reservas y fondos obligatorios, mientras que el resto forma parte de un fondo común propiedad de todas las entidades integradas en la de segundo grado. Esta cantidad debe repartirse como retorno cooperativo entre ellas, teniendo en cuenta su diferente composición y su actividad.

La consideración de la naturaleza de los diferentes colectivos implicados, y el carácter de estos retornos para las sociedades cooperativas de base, son los elementos que se tratan a continuación.

5.4.2.3.2.4.1. El reparto del retorno cooperativo, en función de la naturaleza del colectivo destinatario del mismo.

La participación en la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud de diferentes colectivos hace necesario analizar el sistema de reparto de los retornos cooperativos. Como norma general, el retorno cooperativo se acredita a los socios en función de su aportación cooperativizada, no siendo posible su reparto en relación al capital social aportado.

El problema radica en que junto a los posibles socios de trabajo de las cooperativas de instalaciones sanitarias, de seguros y farmacéuticas, y a los socios trabajadores de las sanitarias de trabajo asociado, aparecen los socios usuarios de las de instalaciones sanitarias y de seguros. La actividad cooperativizada de los diferentes socios de trabajo y trabajadores puede realizarse mediante los anticipos laborales, aunque para ello sea necesario haber separado con anterioridad la parte que corresponde a los usuarios de salud como socios consumidores.

La actividad de estos usuarios de la salud se mide mediante lo que han pagado a la sociedad cooperativa en concepto de prestaciones de salud. A ellos les corresponde parte del retorno obtenido en la cooperativa de instalaciones sanitarias y de seguros, pero además hay que tener en cuenta que indirectamente son los propietarios de las oficinas de farmacia hospitalarias socios de las cooperativas farmacéuticas. Por tanto también tienen derecho a recibir una parte del retorno generado en la misma, sin olvidar que en el retorno de todas las sociedades cooperativas hay que incluir la cantidad recibida por esa sociedad cooperativa como retorno procedente de la de segundo grado. En función de lo anterior, para determinar el retorno total es necesario tener en cuenta una serie de variables (197):

R(IS): Retorno generado en la cooperativa de instalaciones sanitarias por su actividad.

R(Sg)(IS): Retorno correspondiente a la cooperativa de instalaciones sanitarias por su participación en la actividad cooperativizada con la de segundo grado.

A(IS): Anticipos laborales de los socios de trabajo de la cooperativa de instalaciones sanitarias.

P(IS): Prestaciones realizadas a los socios usuarios en la cooperativa de instalaciones sanitarias.

R(S): Retorno generado en la cooperativa de seguros por su actividad.

R(Sg)(S): Retorno correspondiente a la cooperativa de seguros por su participación en la actividad cooperativizada con la de segundo grado.

A(S): Anticipos laborales de los socios de trabajo de la cooperativa de seguros.

P(S): Prestaciones realizadas a los socios usuarios en la cooperativa de seguros.

---

(197) El análisis siguiente se basa en la formulación realizada por el autor de esta cita, aunque ha sido adaptado a la naturaleza de la cooperativa de segundo grado de la salud: S. HERNANDEZ: **Macrocooperativas y...**, "Opus cit", pp. 217-220.

R(F): Retorno total generado en la cooperativa farmacéutica por su actividad.

R(Sg)(F): Retorno correspondiente a la cooperativa farmacéutica por su participación en la actividad cooperativizada con la de segundo grado.

A(F): Anticipos laborales de los socios de trabajo de la cooperativa farmacéutica.

P(F): Prestaciones realizadas a los socios usuarios en la cooperativa farmacéutica.

M(IS): Módulo unitario de retorno correspondiente por cada peseta cobrada por un socio de trabajo en la cooperativa de instalaciones sanitarias en concepto de anticipo sueldo, o pagada por un socio usuario de la misma cooperativa por una prestación.

M(S): Módulo unitario de retorno correspondiente por cada peseta cobrada por un socio de trabajo en la cooperativa sanitaria de seguros en concepto de anticipo sueldo, o pagada por un socio usuario de la misma sociedad cooperativa por una prestación.

M(F): Módulo unitario de retorno correspondiente por cada peseta cobrada por un socio de trabajo en la cooperativa farmacéutica en concepto de anticipo sueldo, o pagada por un socio (farmacia) de la misma cooperativa por una prestación.

$$M(IS) = \frac{R(IS)+R(Sg)(IS)}{A(IS)+P(IS)} \quad M(S) = \frac{R(S)+R(Sg)(S)}{A(S)+P(S)}$$
$$M(F) = \frac{R(F)+R(Sg)(F)}{A(F)+P(F)}$$

Por su parte del retorno cooperativo que pertenece a los socios usuarios de salud es la suma del producto de los citados módulos por las prestaciones realizadas en cada una de las cooperativas.

$$\text{RETORNO SOCIOS USUARIOS} = M(IS) * P(IS) + M(S) * P(S) + M(F) * P(F)$$

La parte del retorno cooperativo que pertenece a los socios de trabajo de estas cooperativas es la suma del producto de los citados módulos por los anticipos laborales realizados en cada una de las mismas.

Una vez separada la parte del retorno cooperativo correspondiente a los socios usuarios, el resto se reparte entre los socios de trabajo y los socios trabajadores. Para ello es necesario considerar el retorno de la cooperativa de trabajo asociado, junto a la parte del retorno de las cooperativas farmacéutica, de instalaciones sanitarias y de seguros perteneciente a los socios de trabajo. Por tanto a las variables anteriores habrá que añadir las siguientes:

R(A): Retorno total generado en la cooperativa sanitaria de trabajo asociado por su actividad.

R(Sg)(A): Retorno correspondiente a la cooperativa sanitaria de trabajo asociado por su participación en la actividad cooperativizada con la de segundo grado.

A(A): Anticipos sueldo de los socios trabajadores, personal sanitario y no sanitario, de la cooperativa sanitaria de trabajo asociado.

El retorno correspondiente a los socios trabajadores y socios de trabajo sería el resultado de sumar el retorno de ambos colectivos, una vez eliminados los retornos de los socios usuarios:

$$\begin{aligned} \text{RETORNO SOCIOS DE TRABAJO} + \text{RETORNO SOCIOS TRABAJADORES} &= \\ &= M(\text{IS}) * A(\text{IS}) + M(\text{S}) * A(\text{S}) + M(\text{F}) * A(\text{F}) + R(\text{A}) + R(\text{Sg})(\text{A}) \end{aligned}$$

El módulo unitario correspondiente a cada peseta cobrada como anticipo sueldo por un socio de trabajo o un socio trabajador  $M(\text{TT})$  es el siguiente:

$$M(\text{TT}) = \frac{M(\text{IS}) * A(\text{IS}) + M(\text{S}) * A(\text{S}) + M(\text{F}) * A(\text{F}) + R(\text{A}) + R(\text{Sg})(\text{A})}{A(\text{IS}) + A(\text{S}) + A(\text{F}) + A(\text{A})}$$

#### 5.4.2.3.2.4.2. El carácter del retorno cooperativo para las sociedades cooperativas de base.

Por lo que respecta al retorno recibido por las sociedades cooperativas de base por su participación en la actividad cooperativizada de la de segundo grado, hay que tener en cuenta que, al igual que ocurre con los intereses de sus aportaciones al capital social, no tendrán el carácter de beneficios extracooperativos (198).

El motivo es que una vez formada la cooperativa de segundo grado todas las sociedades dedicadas a la asistencia sanitaria socios de la misma, son consideradas como parte de la cooperativa, y por tanto el reparto de los retornos no tiene carácter extracooperativo. La incorporación como operaciones con los socios de las mismas, que anteriormente eran consideradas como efectuadas con terceros, evita que su destino sea el Fondo de Reserva Obligatorio, al que van a parar la totalidad de los beneficios extracooperativos.

#### 5.4.2.3.2.5. El régimen fiscal.

La normativa fiscal vigente para las sociedades cooperativas de segundo grado se recoge en la Ley 20/1990 (199). La regulación de estas entidades se encuentra determinada por el cumplimiento de las condiciones para lograr el primer nivel de protección, y por el tipo de cooperativas de base integradas en la misma. De esta forma pueden distinguirse tres situaciones de protección:

---

(198) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 148.6 en relación con el 83.2.

(199) ESPAÑA: LEY 20/1990..., "Opus cit", art. 35.

- Si cumplen los requisitos para el primer grado de protección se aplica el mismo régimen analizado para las sociedades cooperativas de base protegidas.
- En caso de cumplir los citados requisitos y además asociar únicamente a cooperativas especialmente protegidas, se les aplica el mismo régimen que a estas últimas.
- Si cumpliendo los mencionados requisitos incluyen entre sus socios a cooperativas de base protegidas y especialmente protegidas, disfrutarán de los beneficios fiscales previstos para las protegidas, pero además podrán aplicar una deducción del 50% en la cuota íntegra del Impuesto de Sociedades, procedente de las operaciones realizadas con las sociedades cooperativas especialmente protegidas.

Para una sociedad cooperativa de segundo grado formada por una sanitaria de trabajo asociado, una de seguros una de instalaciones sanitarias, y una farmacéutica, es necesario saber el grado de protección al que pueden acceder cada una de ellas. Según se ha puesto de manifiesto, todas pueden lograr el primer nivel de protección mientras que únicamente la de trabajo asociado y la de instalaciones sanitarias tienen capacidad para acogerse a la protección especial.

Por tanto, si consideramos que cada una de las entidades socio logra su mayor nivel de protección posible, a la cooperativa de segundo grado de la salud se le aplican las siguientes normas fiscales:

#### A) En el Impuesto de Sociedades:

- La base imponible correspondiente a los resultados cooperativos de todas las entidades de base se grava al 20%.
- La base imponible correspondiente a los resultados extracooperativos de todas las entidades de base se grava al 35%.
- Bonificación del 50% de la cuota íntegra correspondiente a los resultados procedentes de las operaciones realizadas con la cooperativa sanitaria de trabajo asociado, y con la de instalaciones sanitarias.
- Se aplica la libertad de amortización en los mismos términos señalados para las sociedades cooperativas de base protegidas.

#### B) En el Impuesto sobre el Valor Añadido:

Los servicios prestados a la cooperativa de segundo grado de la salud por las sociedades cooperativas de base, no se encuentran sujetos al IVA. El resto de operaciones son gravadas en función de la naturaleza y características de las mismas, según la forma indicada más arriba.

C) Otros tributos:

Se aplican las mismas bonificaciones analizadas para las sociedades cooperativas de primer grado protegidas en los siguientes tributos:

- Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados.
- Impuesto sobre Actividades Económicas.
- Impuesto General sobre el Tráfico de Empresas.

### **5.5. Consecuencias económico-financieras de la concentración empresarial para las sociedades cooperativas del sector de la salud.**

Las consecuencias derivadas de la integración cooperativa pueden estudiarse por su influencia sobre las sociedades que tomen parte en la concentración, y sobre sus socios.

La influencia sobre la empresa de los procesos de concentración debe manifestarse en la consecución de sinergias positivas. Con el objeto de detectar las citadas sinergias, es necesario un proceso de valoración adecuado que permita evaluar la capacidad para generar renta futura (200).

Sin embargo, el proceso de valoración de las sociedades cooperativas tiene una serie de características derivadas de sus peculiaridades económico-financieras. Entre los autores que han estudiado la valoración de estas sociedades (201) se sigue el realizado por GARCIA-GUTIERREZ, según el cual el valor de las sociedades cooperativas se obtiene como el cociente entre la rentabilidad económica del conjunto de los socios en términos absolutos y la rentabilidad financiera de cualquiera de los mismos en términos relativos (202).

$$V = \frac{RE}{Rf} \quad [1]$$

---

(200) Sobre la valoración de empresas puede verse: V. CABALLER MELLADO: **Métodos de valoración de empresas**, Pirámide, Madrid, 1994; y J. MASCAREÑAS PEREZ-IÑIGO: "La valoración de empresas que no cotizan en bolsa", en VARIOS: **Manual de Fusiones y Adquisiciones de Empresas**, McGraw-Hill, Madrid, 1993, pp. 61-78.

(201) Entre las aportaciones a la valoración de sociedades cooperativas hay que destacar la valoración analógica realizada por: V. CABALLER MELLADO: **Métodos de valoración...**, "Opus cit", pp. 107-219.

(202) Véase: C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "Método de valoración económico-financiera de la sociedad cooperativa: una propuesta", en VARIOS: **VIII Congreso Nacional y IV Congreso Hispano Francés de la Asociación Europea de Administración y Dirección de Empresas (La reconstrucción de la Empresa en el nuevo orden económico)**, Vol III, AEDEM, Cáceres, 1994, pp. 237-247.



Siendo:

V: El valor de la sociedad cooperativa.

Rf: La rentabilidad financiera, de cualquiera de los socios de la sociedad cooperativa del sector de la salud, en términos relativos. Esta rentabilidad es tratada con detalle más abajo.

RE: La rentabilidad económica en términos absolutos del conjunto de los socios de la sociedad cooperativa del sector de la salud. También se analiza más abajo con detalle.

Por tanto, para determinar la conveniencia de la concentración es necesario conocer el valor de las sociedades cooperativas antes y después de la concentración. En este proceso hay que tener en cuenta tres aspectos fundamentales:

- La modificación de la estructura financiera, puesta de manifiesto mediante la variación de su coste medio ponderado.
- La rentabilidad financiera.
- La rentabilidad económica.

Cada uno de estos aspectos es analizado, de una forma genérica, para cualquier sociedad cooperativa del sector de la salud antes de la concentración. Posteriormente se estudian sus posibles modificaciones en los casos de participar en procesos integradores, teniendo en cuenta si existe o no vinculación patrimonial. En este último supuesto se obtienen sus efectos sobre las sociedades cooperativas de segundo grado de la salud, y sobre las entidades de base que las forman.

### **5.5.1. La estructura financiera derivada del proceso integrador y el coste medio ponderado.**

Los procesos integradores suelen llevar implícito modificaciones en la estructura financiera de las sociedades cooperativas que participan en las mismas. Estas modificaciones son especialmente significativas en los casos en los que se produce vinculación patrimonial.

Una de las formas en las que este aspecto se pone de manifiesto es mediante la variación del coste medio ponderado de las cooperativas del sector de la salud, antes y después de la concentración.

Para analizar esta circunstancia se estudia, en primer lugar, el coste medio ponderado de las sociedades cooperativas de la salud antes de la concentración, para posteriormente compararlo con el obtenido

después del mencionado proceso, tanto en los casos en los que existe vinculación patrimonial, como en los que no se produce.

#### **5.5.1.1. El coste medio ponderado de las sociedades cooperativas del sector de la salud.**

El coste de las diferentes sociedades cooperativas que participan en el sector de la salud se obtiene como la media aritmética ponderada de sus diferentes fuentes de financiación (203).

Así, siguiendo a GARCIA-GUTIERREZ (204), y partiendo del supuesto, para simplificar, de la inexistencia del Fondo de Reserva Voluntario y del Fondo de Educación y Promoción, el coste medio ponderado de cualquiera de las cooperativas del sector de la salud puede expresarse:

$$K = K_{fro} \frac{FRO}{P} + K_{cs} \frac{CS}{P} + K_{pvs} \frac{PVS}{P} + K_{od} \frac{OD}{P}$$

Siendo:

K: El coste medio ponderado de cualquiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud.

FRO: El Fondo de Reserva Obligatorio de la sociedad cooperativa.

Kfro: El coste del citado fondo.

CS: El capital social de la sociedad cooperativa.

Kcs: El coste del capital social.

PVS: Los préstamos voluntarios de los socios de la sociedad cooperativa.

Kpvs: El coste de los préstamos voluntarios de los socios.

OD: Las deudas de la sociedad cooperativa con terceros no socios.

Kod: El coste de las deudas con terceros.

P: El pasivo de la sociedad cooperativa. Este se obtiene como la suma de los diferentes recursos financieros de la empresa.

$$P = FRO + CS + PVS + OD$$

---

(203) El coste medio ponderado es analizado por: J. MASCAREÑAS PEREZ-IÑIGO y G. LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS: **Análisis de la estructura de capital de la empresa**, EUDEMA, Madrid, 1993, pp. 30-35.

(204) La aplicación a las sociedades cooperativas del coste medio ponderado es objeto de un detallado estudio en: C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "El coste del capital de la sociedad cooperativa", **Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 14, septiembre 1993, pp. 171-196.

Para el cálculo de los mencionados costes es necesario hacer una serie de consideraciones:

A) El coste del capital social (Kcs) (205). Para determinarlo hay que partir de que se trata de una deuda de la sociedad cooperativa con sus propios socios. Además, es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Aunque puede existir un sólo interés fijo y limitado, la temporalidad es variable, ya que es probable que un mismo socio efectúe aportaciones obligatorias en diferentes momentos de tiempo.
- Esta temporalidad variable se hace mucho mayor si existen aportaciones voluntarias al capital social.
- La actualización de las aportaciones, satisfechas en caso de baja, complican aun más el cálculo.
- La diferencia temporal de las aportaciones de unos socios respecto a otros de la misma sociedad, se encuentra presente en las cooperativas del sector de la salud. Además, hay que añadir las diferencias entre las aportaciones de los socios de trabajo, trabajadores y usuarios.
- Esta diferencia temporal aumenta cuando se considera, no sólo a los socios de una empresa, sino a los que formen parte de todas las sociedades cooperativas que se integran en la nueva sociedad.
- Las aportaciones de los asociados también están sujetas a los aspectos mencionados más arriba.

Con las consideraciones anteriores, el coste del capital social debe ser "una media ponderada de todas esas deudas individuales con los socios y asociados, en la que el horizonte económico es la vida media de los socios (en el supuesto de que una vez dejen de ser socios mantienen sus aportaciones como asociados); y con algunas hipótesis añadidas respecto a la vida de las cooperativas... y a la necesidad de crecimiento de esta fuente financiera" (206).

$$K_{cs} = \sum_{i=1}^n I_{csi} * \left[ \frac{CS_i}{CS} \right]$$

---

(205) El coste de capital es objeto de un detallado estudio en: S.A. ROSS, R.W. WESTERFIELD, y B.D. JORDAN: **Fundamentos de finanzas corporativas**, IRWIN, Madrid, 1995, (2ª de.), pp. 501-523.

(206) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "El coste del capital...", "Opus cit", p. 189.

Siendo:

Icsi: El tipo de interés por sus aportaciones al capital social del I-ésimo socio de la sociedad cooperativa (207). Para  $i=1,2,\dots,n$ .

CSi: La aportación al capital social del I-ésimo socio de la sociedad cooperativa

B) El coste de los préstamos voluntarios (208). En este coste se tienen en cuenta las aportaciones realizadas por los socios. Se calcula igualando la cuantía actual de los préstamos con el valor actualizado de los intereses, utilizando el citado coste como tipo de actualización.

$$PVS = \sum \left[ \frac{PVSA_j + (PVS - \sum_{j=1}^{m-1} PVSA_j) * Ipvs}{(1 + K_{pvs})^j} \right]$$

Siendo:

PVSA<sub>j</sub>: La parte de los préstamos voluntarios realizados por los socios que se amortizan en el período J-ésimo. Para  $J=1,2,\dots,m$ .

Ipvs: El interés de los préstamos voluntarios de los socios (209).

C) El coste de otras deudas deriva del conjunto de recursos captados por la empresa, procedentes de terceros no socios. El procedimiento para su cálculo es similar al utilizado en el coste de los préstamos voluntarios, pero considerando las aportaciones de terceros en vez de las realizadas por los socios.

$$OD = \sum \left[ \frac{ODA_j + (OD - \sum_{j=1}^{m-1} ODA_j) * Iod}{(1 + Kod)^j} \right]$$

Siendo:

ODA<sub>j</sub>: La parte de las deudas con terceros amortizadas en el período J-ésimo. Para  $J=1,2,\dots,m$ .

Iod: El interés de estas deudas. Se calcula como el tipo medio de interés vigente por las deudas con terceros no socios.

(207) Este interés es analizado detalladamente más abajo.

(208) Un estudio del coste de los préstamos y empréstitos es analizado por: E. PEREZ GOROSTEGUI: **Economía de la...**, "Opus cit", pp. 293-298.

(209) Sobre este valor se incide posteriormente.

D) El coste del Fondo de Reserva Obligatorio se toma como referencia para evaluar la solvencia que proporciona a los socios su sacrificio por destinar parte de los beneficios a un fondo irrepartible. En este caso, su cálculo puede efectuarse en dos fases (210):

- Primera fase: Consiste en determinar el coste del capital medio ponderado (K) como si no se hubiese dotado el Fondo de Reserva Obligatorio. El citado coste se calcula como la media aritmética ponderada de las diferentes fuentes de financiación, para lo que es necesario conocer los costes del capital social (Kcs), de los préstamos voluntarios de los socios (Kpvs), y del resto de las deudas de la cooperativa con terceros no socios (Kod). Además de los costes señalados, hay que considerar el volumen de las deudas con terceros (OD), y el pasivo de la sociedad cooperativa (P). De esta forma se obtiene:

$$K = \frac{Kcs*CS}{P-FRO} + \frac{Kpvs*PVS}{P-FRO} + \frac{Kod*OD}{P-FRO}$$

- Segunda fase. A continuación se incrementa el coste, calculado anteriormente, con la mínima penalización por insolvencia que le podría corresponder a la sociedad por no contar con los recursos propios que debería tener para ser considerada de un nivel medio de solvencia:

$$K' = K + PI$$

De esta forma se obtiene una nueva ecuación en la que la única incógnita es el coste del Fondo de Reserva Obligatorio:

$$K' = \frac{Kcs*CS}{P} + \frac{Kfro*FRO}{P} + \frac{Kod*OD}{P} + \frac{Kfro*FRO}{P}$$

Siendo:

PI: La mínima penalización por insolvencia aplicable a la sociedad cooperativa por no contar con los recursos propios necesarios para ser considerada con un nivel medio de solvencia.

---

(210) C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "La concentración económico-empresarial en las cooperativas", Proyecto de investigación, presentado a Cátedra de la Universidad Complutense. 11 de mayo de 1989, pp. 2-6.

### 5.5.1.2. El coste medio ponderado en los procesos de concentración con vinculación patrimonial.

Con la concentración hay que lograr situaciones de mayor solvencia, lo que repercutirá en la rentabilidad financiera de los socios (211). En los procesos en los que existe vinculación patrimonial se trata de establecer las condiciones para que el coste del capital medio ponderado de la nueva sociedad cooperativa, sea menor que el coste medio ponderado de las cooperativas fusionadas, utilizando como criterio de cálculo la participación del pasivo de cada una de las sociedades fusionadas en el total del pasivo de la nueva cooperativa.

Entre las sociedades cooperativas fusionadas puede encontrarse cualquiera de las diferentes manifestaciones incluidas en el sector de la salud. Sin embargo, para simplificar, únicamente se toman en consideración dos de ellas (A y B) que se fusionan para formar una tercera (C). En este caso la condición mencionada más arriba puede expresarse de la siguiente manera:

$$K(C) < K(A) \frac{P(A)}{P(C)} + K(B) \frac{P(B)}{P(C)} \quad [2]$$

Siendo:

K(A) y K(B): Los costes del capital medio ponderado de las sociedades cooperativas del sector de la salud fusionadas.

K(C): El coste del capital medio ponderado de la sociedad resultante de la fusión.

P(A) y P(B): Los pasivos de las cooperativas fusionadas, que como se sabe (212) se calculan del siguiente modo:

$$P(A) = FRO(A) + CS(A) + PVS(A) + OD(A)$$

$$P(B) = FRO(B) + CS(B) + PVS(B) + OD(B)$$

FRO(A) y FRO(B): Los fondos de reserva obligatorios de las cooperativas fusionadas.

CS(A) y CS(B): Los capitales sociales de las cooperativas fusionadas.

PVS(A) y PVS(B): Los préstamos voluntarios de los socios de las sociedades cooperativas fusionadas.

OD(A) y OD(B): Las deudas con terceros no socios de las sociedades cooperativas fusionadas.

Estos conceptos para la cooperativa resultante de la fusión se calculan agregando las mismas variables de las cooperativas fusionadas, por lo que se obtiene:

---

(211) La variación en la rentabilidad financiera en función de la naturaleza de los recursos utilizados por la empresa se analiza en: J. MASCAREÑAS PEREZ-ÍÑIGO y G. LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS: **Análisis de la estructura...**, "Opus cit", pp. 53-58.

(212) Véase página 350, en la que se calcula el pasivo de una sociedad cooperativa.

P(C): El pasivo de la sociedad resultante:

$$P(C) = P(A) + P(B) = FRO(A) + CS(A) + PVS(A) + OD(A) + \\ + FRO(B) + CS(B) + PVS(B) + OD(B)$$

FRO(C): El Fondo de Reserva Obligatorio de la nueva empresa:

$$FRO(C) = FRO(A) + FRO(B)$$

CS(C): El capital social de la sociedad (C):

$$CS(C) = CA(A) + CS(B)$$

PVS(C): Los préstamos voluntarios de los socios de la nueva sociedad:

$$PVS(C) = PVS(A) + PVS(B)$$

OD(C): Las deudas con terceros no socios de la nueva sociedad cooperativa:

$$OD(C) = OD(A) + OD(B)$$

Los costes de capital medios ponderados de las sociedades cooperativas (A) y (B) se obtienen según el método analizado más arriba (213), llegando a las siguientes expresiones:

$$K(A) = K_{fro}(A) \frac{FRO(A)}{P(A)} + K_{cs}(A) \frac{CS(A)}{P(A)} + K_{pvs}(A) \frac{PVS(A)}{P(A)} + \\ + K_{od}(A) \frac{OD(A)}{P(A)} \\ K(B) = K_{fro}(B) \frac{FRO(B)}{P(B)} + K_{cs}(B) \frac{CS(B)}{P(B)} + K_{pvs}(B) \frac{PVS(B)}{P(B)} + \\ + K_{od}(B) \frac{OD(B)}{P(B)}$$

Una vez delimitadas las variables que determinan los costes de las cooperativas que participan en el proceso de integración es posible realizar un estudio sobre el mismo. Este estudio se lleva a cabo en tres fases. Las dos primeras analizan sendos términos que aparecen en la desigualdad objeto de estudio, mientras que la tercera compara el resultado de las dos anteriores.

---

(213) Véase página 350.

A) Análisis del coste medio ponderado de la sociedad resultante de la fusión (K(C)) como primer miembro de la desigualdad.

Siguiendo la expresión utilizada más arriba (214), para cualquier sociedad cooperativa, el coste medio ponderado de la sociedad cooperativa resultante de la fusión es:

$$K(C) = K_{fro}(C) \frac{FRO(C)}{P(C)} + K_{cs}(C) \frac{CS(C)}{P(C)} + K_{pvs}(C) \frac{PVS(C)}{P(C)} + K_{od}(C) \frac{OD(C)}{P(C)}$$

Los costes de las diferentes fuentes de financiación, excepto el Fondo de Reserva Obligatorio, de la sociedad resultante pueden expresarse como la media aritmética ponderada de los mismos recursos pertenecientes a las empresas fusionadas:

$$K_{cs}(C) = K_{cs}(A) \frac{CS(A)}{CS(A)+CS(B)} + K_{cs}(B) \frac{CS(B)}{CS(A)+CS(B)}$$

$$K_{pvs}(C) = K_{pvs}(A) \frac{PVS(A)}{PVS(A)+PVS(B)} + K_{pvs}(B) \frac{PVS(B)}{PVS(A)+PVS(B)}$$

$$K_{od}(C) = K_{od}(A) \frac{OD(A)}{OD(A)+OD(B)} + K_{od}(B) \frac{OD(B)}{OD(A)+OD(B)}$$

Sustituyendo estos costes en la expresión anterior y despejando se obtiene:

$$K(C) = K_{fro}(C) \frac{FRO(C)}{P(C)} + \frac{CS(A)+CS(B)}{P(A)+P(B)} \left[ K_{cs}(A) \frac{CS(A)}{CS(A)+CS(B)} + K_{cs}(B) \frac{CS(B)}{CS(A)+CS(B)} \right] + \frac{CS(A)+CS(B)}{P(A)+P(B)} \left[ K_{pvs}(A) \frac{PVS(A)}{PVS(A)+PVS(B)} + K_{pvs}(B) \frac{PVS(B)}{PVS(A)+PVS(B)} \right] + \frac{CS(A)+CS(B)}{P(A)+P(B)} \left[ K_{od}(A) \frac{OD(A)}{OD(A)+OD(B)} + K_{od}(B) \frac{OD(B)}{OD(A)+OD(B)} \right] =$$

$$= \left[ K_{fro}(C) \frac{FRO(C)}{P(C)} \right] + \frac{K_{cs}(A) * CS(A) + K_{cs}(B) * CS(B)}{P(A)+P(B)} +$$

$$+ \frac{K_{pvs}(A) * PVS(A) + K_{pvs}(B) * PVS(B)}{P(A)+P(B)} + \frac{K_{od}(A) * OD(A) + K_{od}(B) * OD(B)}{P(A)+P(B)}$$

[3]

(214) Dado que la sociedad resultante de la fusión es una cooperativa, el coste medio ponderado analizado en la página 350, puede aplicarse a la misma.



B) Determinación la media aritmética ponderada de los costes de las empresas fusionadas como segundo miembro de la desigualdad.

En este caso partimos de la media aritmética ponderada de los costes de las cooperativas fusionadas, en las que pueden sustituirse sus valores según las expresiones analizadas más arriba (215).

$$\begin{aligned}
 & K(A) \frac{P(A)}{P(C)} + K(B) \frac{P(B)}{P(C)} = \\
 & = \frac{P(A)}{P(C)} \left[ K_{fro}(A) \frac{FRO(A)}{P(A)} + K_{cs}(A) \frac{CS(A)}{P(A)} + K_{pvs}(A) \frac{PVS(A)}{P(A)} + K_{od}(A) \frac{OD(A)}{P(A)} \right] + \\
 & + \frac{P(B)}{P(A)+P(B)} * \left[ K_{fro}(B) \frac{FRO(B)}{P(B)} + K_{cs}(B) \frac{CS(B)}{P(B)} + K_{pvs}(B) \frac{PVS(B)}{P(B)} + \right. \\
 & \left. + K_{od}(B) \frac{OD(B)}{P(B)} \right]
 \end{aligned}$$

Operando y agrupando en la fórmula anterior se llega a la siguiente expresión:

$$\begin{aligned}
 K(A) \frac{P(A)}{P(C)} + K(B) \frac{P(B)}{P(C)} &= \left[ K_{fro}(A) \frac{FRO(A)}{P(C)} + K_{fro}(B) \frac{FRO(B)}{P(C)} \right] + \\
 &+ \frac{K_{cs}(A)*CS(A)+K_{cs}(B)*CS(B)}{P(A)+P(B)} + \frac{K_{pvs}(A)*PVS(A)+K_{pvs}(B)*PVS(B)}{P(A)+P(B)} + \\
 &+ \frac{K_{od}(A)*OD(A)+K_{od}(B)*OD(B)}{P(A)+P(B)} \quad [4]
 \end{aligned}$$

C) Análisis de la condición necesaria para acometer un proceso con integrador con vinculación patrimonial.

Se trata de observar si con la concentración el coste del capital medio ponderado de la nueva sociedad cooperativa, es inferior o superior al de las cooperativas fusionadas, según se puso de manifiesto en la expresión [2]. En caso de ser inferior interesa llevar a cabo el proceso.

$$K(C) < K(A) \frac{P(A)}{P(C)} + K(B) \frac{P(B)}{P(C)}$$

Por una parte ha sido desarrollado K(C) hasta llegar a la expresión [3]. Posteriormente, el mismo proceso ha sido realizado con el segundo miembro de la desigualdad hasta llegar a la expresión [4].

---

(215) Véase: página 356.

Comparando las expresiones [3] y [4] puede observarse que lo único que las diferencia es la primera parte de las mismas, que ha sido recogida en un corchete.

Por tanto si se pretende que se cumpla la expresión [2], la única posibilidad es que:

$$K_{fro}(C) \frac{FRO(C)}{P(C)} < K_{fro}(A) \frac{FRO(A)}{P(C)} + K_{fro}(B) \frac{FRO(B)}{P(C)}$$

Despejando se obtiene:

$$K_{fro}(C) < K_{fro}(A) \frac{FRO(A)}{FRO(A)+FRO(B)} + K_{fro}(B) \frac{FRO(B)}{FRO(A)+FRO(B)}$$

Por tanto, el coste de los fondos irrepartibles después de la integración debe ser menor que la media aritmética ponderada de los costes de los fondos irrepartibles de las empresas participantes. En este caso la concentración tendría como consecuencia una mayor solvencia tanto para los propios socios como para el resto de integrantes del mercado ajenos a la cooperativa. La mencionada solvencia repercutirá positivamente sobre la rentabilidad financiera de los socios como acreedores de la cooperativa del sector de la salud.

Generalizando para el caso de "P" cooperativas participantes en la fusión, la condición de partida puede formularse como:

$$K(C) < \sum_{l=1}^P K_l \frac{P_l}{P(C)}$$

Para que se cumpla esta condición es necesario que:

$$K_{fro}(C) < \sum_{l=1}^P K_{fro}l \frac{FROl}{\sum_{l=1}^P FROl}$$

Siendo:

$K_l$ : El coste medio ponderado de la L-,sima sociedad cooperativa del sector de la salud que participa en la fusión. Para  $l=1,2,...,P$ .

$FRO_l$ : El Fondo de Reserva Obligatorio de la L-,sima sociedad cooperativa del sector de la salud que participa en la fusión. Para  $l=1,2,...,P$ .

$K_{fro_l}$ : El coste del Fondo de Reserva Obligatorio de la  $L$ -sima sociedad cooperativa del sector de la salud que participa en la fusión. Para  $l=1,2,\dots,P$ .

### **5.5.1.3. El coste medio ponderado en la concentración mediante sociedades cooperativas de segundo grado de la salud.**

La cooperativa de segundo grado de la salud tiene la misma estructura financiera que cualquiera de las sociedades cooperativas que se integran en la misma. Por ello, su coste medio ponderado es similar al establecido para las sociedades cooperativas de base.

$$K(Sg) = K_{fro}(Sg) \frac{FRO(Sg)}{P(Sg)} + K_{cs} \frac{CS(Sg)}{P(Sg)} + K_{pvs} \frac{PVS(Sg)}{P(Sg)} + K_{od}(Sg) \frac{OD(Sg)}{P(Sg)}$$

Siendo:

$K(Sg)$ : El coste medio ponderado de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

$FRO(Sg)$ : El Fondo de Reserva Obligatorio de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

$K_{fro}(Sg)$ : El coste del citado fondo.

$CS(Sg)$ : El capital social de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

$K_{cs}(Sg)$ : El coste del capital social.

$PVS(Sg)$ : Los préstamos voluntarios de los socios de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

$K_{pvs}(Sg)$ : El coste de los préstamos voluntarios de los socios.

$OD(Sg)$ : Las deudas, de la cooperativa de segundo grado de la salud, con terceros no socios.

$K_{od}(Sg)$ : El coste de las deudas con terceros.

$P(Sg)$ : El pasivo de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud. Se obtiene sumando los diferentes recursos financieros de dicha sociedad cooperativa.

$$P(Sg) = FRO(Sg) + CS(Sg) + PVS(Sg) + OD(Sg)$$

La repercusión sobre el coste de las sociedades cooperativas de base, se produce como consecuencia de que éstas son las principales financiadoras de la cooperativa de segundo grado de la salud. Las modificaciones en sus respectivos costes medios ponderados vienen determinadas por el coste de los recursos utilizados para la financiación de sus aportaciones a la de segundo grado. El objetivo perseguido es lograr que el coste de las cooperativas de base después de la integración sea inferior al que tenían antes de la misma.

$$K(DC)(X) < K(X)$$

Siendo:

$K(DC)(X)$ : El coste de la sociedad cooperativa (X) después de su participación en la de segundo grado de la salud. El valor de (X) puede ser:

- IS: Cuando se refiere a la cooperativa de instalaciones sanitarias.
- S: Si hace referencia a la cooperativa sanitaria de seguros.
- A: En caso de referirse a la cooperativa sanitaria de trabajo asociado.
- F: Cuando se haga referencia a la cooperativa farmacéutica.

$K(X)$ : El coste de la sociedad cooperativa (X) antes de la integración mediante la cooperativa de segundo grado de la salud, para los valores de (X) citados más arriba.

La modificación en los costes medios ponderados de las sociedades cooperativas de base vendrá determinada por el coste de los recursos, propios y/o ajenos, que utilice en la financiación de la de segundo grado. Para realizar este análisis se parte de las siguientes premisas:

- Se mantienen los supuestos establecidos más arriba, en cuanto a la estructura financiera, para analizar el coste de las sociedades cooperativas.
- Se considera que los aumentos en la cantidad utilizada para la financiación no incrementan el coste de los recursos, tanto si tienen naturaleza propia como ajena.

Entre las fuentes financieras analizadas la única que tiene la consideración de recurso propio es el Fondo de Reserva Obligatorio. Por tanto su coste se utiliza como coste de los recursos propios.

$$K_{fro}(X) = K_e(X)$$

$$RP(X) = FRO(X)$$

Siendo:

$K_e(X)$ : El coste de los recursos propios de la sociedad cooperativa de base.

$RP(X)$ : Son los recursos propios de la sociedad cooperativa de base.

Por su parte, los préstamos voluntarios de los socios, el capital social y las deudas con terceros se incluyen dentro de los recursos ajenos. El coste de estos recursos ajenos puede calcularse como la media aritmética ponderada de los costes de las citadas fuentes financieras.

$$K_i(X) = K_{cs}(X) \frac{CS(X)}{D(X)} + K_{pv}(X) \frac{PVS(X)}{D(X)} + K_{od}(X) \frac{OD(X)}{D(X)}$$

Donde:

$K_i(X)$ : Es el coste de los recursos ajenos de cualquiera de las cooperativas de base.

$D(X)$ : Es la suma de los recursos ajenos de cualquiera de las cooperativas de base.

$$D(X) = CS(X) + PVS(X) + OD(X)$$

Por tanto el coste medio ponderado de las cooperativas de base puede expresarse:

$$K(X) = K_e(X) \frac{RP(X)}{P(X)} + K_i(X) \frac{D(X)}{P(X)} = K_e(X) * \left[ 1 - \frac{D(X)}{P(X)} \right] + K_i(X) \frac{D(X)}{P(X)}$$

Siendo:  $P(X) = D(X) + RP(X)$

El coste medio ponderado, después de la integración mediante la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, dependerá de la relación que exista entre el coste de los recursos propios y el de los ajenos de las sociedades cooperativas de base, dando lugar a tres situaciones diferentes.

A) Si los costes de los recursos propios y ajenos son iguales.

En este caso, independientemente de la naturaleza de los recursos utilizados para financiar la sociedad cooperativa de segundo grado, el coste de la sociedad cooperativa de base no varía.

$$\text{Si: } K_e(X) = K_i(X) \Rightarrow K(X) = K(DC)(X)$$

B) Si el coste de los recursos propios es superior al de los ajenos.

La única posibilidad de hacer disminuir el coste medio ponderado después de la concentración es utilizando recursos ajenos para financiar la cooperativa de segundo grado de la salud.

$$\text{Si: } K_e(X) > K_i(X) \Rightarrow \text{AUMENTO S } K(DC)(X) > K(X)$$

$$\text{Si: } K_e(X) > K_i(X) \Rightarrow \text{AUMENTO D } K(DC)(X) < K(X)$$

C) Si el coste de los recursos propios es inferior al de los ajenos.

La manera de hacer disminuir el coste medio ponderado después de la concentración es utilizar recursos propios para financiar la cooperativa de segundo grado de la salud.

$$\text{Si: } K_e(X) < K_i(X) \Rightarrow \text{AUMENTO S } K(DC)(X) < K(X)$$

$$\text{Si: } K_e(X) < K_i(X) \Rightarrow \text{AUMENTO D } K(DC)(X) > K(X)$$

Por tanto, para reducir el coste medio ponderado de las cooperativas de base, es necesario financiar la cooperativa de segundo grado de la salud con aquellos recursos que tengan menor coste.

### 5.5.2. La rentabilidad en las sociedades cooperativas del sector de la salud.

Numerosos investigadores han estudiado la relación entre rentabilidad y crecimiento empresarial. Mientras un grupo de ellos analiza la relación directa entre el tamaño de la empresa y la rentabilidad, otros utilizan un enfoque multicriterio (216).

- A) Dentro del primer grupo hay que distinguir entre los que han llegado a la conclusión de la existencia de la citada relación (STEKLER (217) o JENY y WEBER (218)), de los que consideran ambas variables independientes entre si (GIBRAT (219), SUAREZ (220) o SOLER (221)).
- B) Con el enfoque multicriterio se han realizado una serie de estudios (BAIN (222) o WEBER y WILSON (223)), utilizando modelos de regresión múltiples aditivos con los que estudiar la influencia simultánea de varios factores en la rentabilidad de la empresa.

Aunque el crecimiento no garantiza el aumento de rentabilidad, especialmente a partir de un determinado tamaño de la empresa variable según las características y el sector estudiado, con la concentración empresarial los socios buscan hacer máxima su renta personal de forma que sea mayor después que antes de la concentración. La rentabilidad del socio puede dividirse en económica y financiera, surgiendo un dilema entre dar prioridad a uno u otro tipo (224).

- 
- (216) Sobre las distintas teorías de la relación tamaño crecimiento puede consultarse: M. CASTRO COTON y J.A. REDONDO LOPEZ: "Algunas consideraciones sobre tamaño, la rentabilidad y el crecimiento de la empresa", *Revista de Economía y Empresa*, N. 15-16, Vol. VI, pp. 177-188.
  - (217) H.O. STEKLER: *Profitability and Size of Firms*, Berkley: University of California, Institute of Business and Economic Research, 1963. Este autor encuentra una relación parabólica entre el tamaño y la rentabilidad. De manera que los dos parámetros aumentan inicialmente para posteriormente, a mediada que sigue aumentando el tamaño de la empresa, producirse un descenso de la rentabilidad.
  - (218) F. JENY y A.P. WEBER: "Stratégie industrielle et raisonnement économique", en VARIOS: *Politique industrielle et stratégies d'entreprise*, Universidad de Paris-Dauphine, institut de l'entreprise, Ed. Mason, Paris, 1977, p. 169, observan que la relación entre tamaño y rentabilidad sólo es válida hasta un determinado nivel, a partir del cual las "deseconomías internas" pueden producir mayor efecto que las "economías de escala".
  - (219) R. GIBRAT: *Les inégalités...*, "Opus cit", defiende la independencia entre el tamaño inicial de las empresas y su crecimiento.
  - (220) En un estudio sobre una muestra de 163 empresas integrantes de 12 sectores llega a la conclusión de que no existe correlación, entre tamaño y rentabilidad: A.S. SUAREZ SUAREZ: "La rentabilidad y el tamaño de las empresas españolas", *Económicas y Empresariales*, N. 5, 1975, pp. 56-64; y A.S. SUAREZ SUAREZ: *Lecturas de Introducción...*, "Opus cit", pp. 753-764.
  - (221) R. SOLER AMARO: *Régimen tributario de las concentración de empresas*, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1976, realiza un estudio con una muestra de 4090 empresas.
  - (222) J.S. BAIN: *Barriers to new competition*, Harvard University Press, Cambridge, 1956.
  - (223) A. P. WEBER y D. WILSON: "Taux de profit et variables structurelles dans l'industrie manufacturière française", *Revue Economique*, noviembre, 1974.
  - (224) Véase: C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "Análisis de la rentabilidad económica y financiera de los socios de las cooperativas: La influencia de una rentabilidad en la otra y la aplicación del criterio (principio) de justicia -

### **5.5.2.1. La rentabilidad financiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud.**

La rentabilidad financiera es la derivada de las operaciones de participación de los socios en el proceso financiero de la cooperativa (225). Por tanto, consiste en la compensación a los socios por los recursos aportados a las siguientes partidas:

- Capital social, tanto de forma obligatoria como voluntaria.
- Préstamos bajo cualquier modalidad jurídica, incluida la emisión de empréstitos de obligaciones.
- Los fondos de reserva de cualquier tipo.

Para su análisis se estudia en primer lugar la rentabilidad financiera de las sociedades cooperativas de base, para posteriormente aplicarlo a la concentración con vinculación patrimonial y a la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, incluidas sus implicaciones sobre las entidades socio de la misma.

#### **5.5.2.1.1. La rentabilidad financiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud antes del proceso integrador.**

En el análisis de la rentabilidad financiera para los socios de una sociedad cooperativa se tienen en cuenta (226):

- No se hace distinción entre aportaciones obligatorias y voluntarias al capital social.
- Se incluye en el concepto de préstamos voluntarios la emisión de empréstitos de obligaciones.
- No se considera la existencia de Fondo de Reserva Voluntario.
- Tampoco se considera el Fondo de Educación y Promoción, ya que su inembargabilidad e irrepartibilidad no afectan a la solvencia financiera de la cooperativa.
- Se utiliza como coste de las deudas su tipo de interés.

De esta forma se determina la rentabilidad financiera de los socios de una cooperativa, que es aplicable a todas las entidades de base del sector de la salud.

---

que no de solidaridad- en la distribución de la ganancia real", *Revista Europea de Economía de la Empresa*, Vol. 1, N.2, pp. 115-121.

(225) La rentabilidad financiera es analizada desde una perspectiva contable por: I. NAVARRO y J.A. FERNANDEZ: **Como interpretar un balance**, Ediciones Deusto, Bilbao, 1992, pp. 82-106.

(226) Para aplicar la rentabilidad financiera a las sociedades cooperativas se sigue a: C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "Análisis de la rentabilidad económica...", *"Opus cit"*, pp. 118-119.

Se trata de conseguir que la rentabilidad, por los préstamos voluntarios de los socios, sea al menos competitiva, a pesar de las aportaciones al Fondo de Reserva Obligatorio (227) y las limitaciones impuestas a los intereses del capital (228).

$$R_{fi} = \frac{(I_{cs} * CS) + (I_{pvs} * PVS) - (I_{fro} * FRO)}{CS + PVS + FRO}$$

En el que sólo hay que definir ( $I_{cs}$ ), ( $I_{pvs}$ ), e ( $I_{fro}$ ), ya que el resto de términos ya son conocidos (229):

$R_{fi}$ : La rentabilidad financiera media, en términos relativos, para el socio  $i$ -ésimo de la sociedad cooperativa. Para  $i=1,2,...,n$ .

$I_{cs}$ : El tipo de interés vigente para las aportaciones al capital social, que tiene la condición de ser fijo y limitado.

$I_{pvs}$ : El tipo de interés pactado para los préstamos voluntarios de los socios.

$I_{fro}$ : El tipo de interés que podrían recibir los socios si en lugar de constituir el Fondo de Reserva Obligatorio lo invirtieran en el mercado financiero.

Para efectuar el cálculo de la rentabilidad financiera es necesario analizar las peculiaridades de la rentabilidad financiera media, y de los tipos de la rentabilidad del capital social, de los préstamos voluntarios, y del Fondo de Reserva Obligatorio, de forma individualizada:

A) La rentabilidad financiera media de los socios, como ya se ha mencionado, debe ser competitiva con la que exista en el mercado. Con las premisas del interés fijo y limitado del capital social, y de la aportación negativa del FRO a la rentabilidad financiera. Este parámetro es fijado a priori con la pretensión de conseguir la mencionada rentabilidad competitiva. La rentabilidad de cada socio, al estar expresada en términos relativos, es la misma para todos los que forman la sociedad cooperativa. Por tanto esta rentabilidad coincide con la de cualquiera de los socios.

$$R_{fi} = \text{constantes, para } i=1,2,...,n.$$

Por lo que:

$$R_f = R_{fi}$$

---

(227) La función del Fondo de Reserva Obligatorio y los beneficios de su irrepartibilidad son recogidos por: F. ELENA DIAZ: "EL Fondo de Reserva Obligatorio en la nueva Ley General de Cooperativas, *Revista de Estudios Cooperativos*, N. 56-57, pp. 67-69.

(228) ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 76. en el que se hace referencia a la posibilidad de percibir intereses por las aportaciones efectuadas y las limitaciones de los citados intereses.

(229) Estos términos fueron definidos en la página 352.



Siendo:

Rf: La rentabilidad financiera en términos relativos de cualquiera de los socios de la sociedad cooperativa de salud.

- B) El tipo de rentabilidad de las aportaciones al capital de una sociedad cooperativa tiene un valor conocido, aunque hay que tener en cuenta la posibilidad de bajas, así como la necesidad de trabajar con la cifra de capital social actualizada.

Por eso hay que considerar los aspectos señalados más arriba, al analizar el coste del capital social, relativos a las variaciones en el tipo de interés de los socios, al momento en el que se realicen las aportaciones, a la posible voluntariedad de las mismas, a la actualización en caso de baja, y a las aportaciones de los asociados (230).

- C) El tipo de interés de los préstamos voluntarios. Los préstamos voluntarios de los socios, incluyen la emisión de obligaciones. En los mismos se deja libertad para fijar las condiciones en el acuerdo en que se tomen, sin que exista ninguna limitación al respecto. Esta circunstancia implica que su tipo de interés no tiene que cumplir ninguna limitación, por lo que la sociedad cooperativa puede determinarlo libremente. Una vez estén calculados los intereses del capital social y del Fondo de Reserva Obligatorio, la cooperativa puede fijar este tipo de interés de forma que se consiga una rentabilidad financiera media competitiva. Con ello se abre una vía de acceso a la financiación que sólo será aprovechada cuando la compensación ofrecida a los socios sea competitiva con respecto a las posibles alternativas de inversión en el mercado.

- D) El tipo de rentabilidad que podrían recibir los socios por sus aportaciones al Fondo de Reserva Obligatorio. Al tratarse de un fondo irrepartible "ad infinitum" (231), la aportación de este fondo a la rentabilidad financiera de los socios es negativa. Además, la citada irrepartibilidad hace que no sea posible asignarle una contraprestación directa, por lo que se utiliza el tipo de interés que podría obtenerse invirtiendo estos recursos en el mercado financiero a largo plazo.

---

(230) Véase página 351.

(231) La irrepartibilidad del Fondo de Reserva Obligatorio aparece recogida en: ESPAÑA: LEY 3/1987..., "Opus cit", art. 88, punto primero 1.

A pesar del sacrificio que supone para los socios la formación de este fondo, a la vez, son ellos mismos los beneficiados al contar con una mayor solvencia y garantía, y por tanto el aumento de las expectativas de excedentes repartibles.

#### 5.5.2.1.2. La rentabilidad financiera en los procesos de concentración con vinculación patrimonial.

Los socios de las cooperativas que participan en el proceso de concentración buscan una rentabilidad financiera superior a la que tenían, por su aportación en las mencionadas entidades, antes de la integración.

Para simplificar este análisis se considera un proceso de fusión entre dos cooperativas del sector de la salud (A y B), que dan lugar a una tercera (C).

Se busca que:

$$Rf(C) > Rf(A)$$

y

$$Rf(C) > RF(B)$$

Por lo que también, la rentabilidad financiera de los socios de la nueva cooperativa sería superior a la suma del mismo concepto para los socios de las fusionadas:

$$Rf(C) > Rf(A) + RF(B)$$

Siendo:

$Rf(C)$ : La rentabilidad financiera, en términos relativos, de cualquiera de los socios de la cooperativa resultado de la fusión.

$Rf(A)$ : La rentabilidad financiera, en términos relativos, de cualquiera de los socios de la cooperativa (A) del sector de la salud.

$Rf(B)$ : La rentabilidad financiera, en términos relativos, de cualquiera de los socios de la cooperativa (B) del sector de la salud.

La rentabilidad financiera, en términos relativos, de los socios después de la fusión puede expresarse como sigue:

$$Rf(C) = \frac{(Ics(C) * CS(C)) + (Ipvs(C) * PVS(C)) - (Ifro(C) * FRO(C))}{CS(C) + PVS(C) + FRO(C)}$$

En el que los diferentes recursos financieros de la cooperativa resultante se calculan sumando los mismos conceptos en las fusionadas, como ha sido analizado más arriba (232). Además, hay que tener en cuenta las posibles diferencias en la remuneración que, las sociedades que forman la nueva cooperativa, efectúan a sus socios por sus aportaciones obligatorias y voluntarias.

Por lo que respecta al tipo de interés de los recursos financieros de la cooperativa (C), pueden calcularse como la media aritmética ponderada de los intereses de los mismos conceptos de las cooperativas integradas, utilizando como criterio de ponderación las aportaciones de las mismas a las citadas fuentes financieras.

De esta forma:

$$Ics(C) = Ics(A) \frac{CS(A)}{CS(C)} + Ics(B) \frac{CS(B)}{CS(C)}$$

$$Ipvs(C) = Ipvs(A) \frac{PVS(A)}{CS(C)} + Ipvs(B) \frac{PVS(B)}{PVS(C)}$$

$$Ifro(C) = Ifro(A) \frac{FRO(A)}{FRO(C)} + Ifro(B) \frac{FRO(B)}{FRO(C)}$$

Si se mantiene el mismo criterio utilizado en la determinación de la rentabilidad financiera de las sociedades cooperativas de base, el parámetro a calcular es el interés por los préstamos voluntarios de los socios. En este caso sería necesario fijar la rentabilidad financiera de la cooperativa resultante y posteriormente determinar el interés de las aportaciones voluntarias.

A la hora de establecer la rentabilidad financiera de los socios de la cooperativa resultante de la fusión pueden utilizarse dos métodos. El primero consiste en calcular una rentabilidad financiera comprendida entre las que tienen inicialmente las cooperativas fusionadas, mientras que el segundo es fijar una rentabilidad superior a la de ambas.

#### A) Cálculo de una rentabilidad financiera comprendida entre las de las cooperativas fusionadas.

En este caso uno de los métodos posibles consiste en determinar la rentabilidad financiera de la nueva sociedad mediante la media aritmética de las fusionadas. La consecuencia es que los socios de la cooperativa que antes de la fusión tenían mayor rentabilidad financiera, verán reducida la misma, mientras que los de la otra sociedad aumentarán dicha variable.

$$Rf(C) = \frac{Rf(A) + Rf(B)}{2}$$

---

(232) Véase página 355.

Siendo:

$Rf(C)$ : La rentabilidad financiera, en términos relativos, de cualquier socio de la cooperativa resultante de la fusión calculada mediante la media aritmética ponderada de la misma rentabilidad para las fusionadas.

Si:  $Rf(A) > Rf(B)$

Entonces:  $Rf(C) < Rf(A)$

$Rf(C) > Rf(B)$

Si:  $Rf(A) = Rf(B)$

Entonces:  $Rf(C) = Rf(A) = Rf(B)$

Una vez calculada la rentabilidad financiera el objetivo consiste en hacer que el interés de los préstamos voluntarios a la nueva cooperativa, sean superiores a los de las sociedades integradas.

$Ipvs(C) > Ipvs(A)$

$Ipvs(C) > Ipvs(B)$

Despejando se obtiene que:

$$Ipvs(C) = \frac{Rf(C) * [CS(C)+PVS(C)+FRO(C)]}{PVS(C)} + \frac{(Ifro(C)* FRO(C)) - (Ics(C)*CS(C))}{PVS(C)}$$

Siendo:

$Ipvs(C)$ : El interés de los préstamos voluntarios de los socios que se obtiene al fijar la rentabilidad financiera como una media aritmética ponderada.

La diferencia entre las rentabilidades financieras antes y después de la fusión, hace que los socios de la cooperativa fusionada que inicialmente tenía mayor rentabilidad financiera puedan poner objeciones a la fusión. Sin embargo, este inconveniente puede verse reducido si se tiene en cuenta el incremento en los intereses por las aportaciones voluntarias de los socios y el posible incremento en la rentabilidad económica que se puede obtener gracias a la nueva situación en el mercado.

B) Fijar una rentabilidad financiera superior a la de las cooperativas fusionadas.

Se trata de evitar la posible desincentivación de los socios de la cooperativa que inicialmente tiene mayor rentabilidad financiera. Para ello se fija este concepto de manera que supere a la rentabilidad financiera más elevada de las cooperativas fusionadas.

En el caso de que las rentabilidades financieras de las cooperativas fueran distintas, el mismo concepto después de la concentración sería superior a ambas:

$$Rf''(C) > Rf(A)$$

y

$$Rf''(C) > Rf(B)$$

Siendo:

$Rf''(C)$ : La rentabilidad financiera, en términos relativos, de cualquier socio de la cooperativa resultante de la fusión. Se fija de manera que supere a la mayor de dichas rentabilidades para las cooperativas fusionadas.

Si la rentabilidad financiera de las cooperativas fusionadas es la misma, la de la cooperativa resultante no varía, manteniéndose igual a ambas:

Si:  $Rf(A) > Rf(B)$

Entonces:  $Rf''(C) > Rf(A) > Rf(B)$

Si:  $Rf(A) = Rf(B)$

Entonces:  $Rf''(C) = Rf(A) = Rf(B)$

Después de establecer la rentabilidad financiera hay que calcular el interés de los préstamos voluntarios a la nueva cooperativa.

Despejando se obtiene que:

$$I''_{pvs}(C) = \frac{Rf''(C) * [CS(C) + PVS(C) + FRO(C)]}{PVS(C)} + \frac{(Ifro(C) * FRO(C)) - (Ics(C) * CS(C))}{PVS(C)}$$

Siendo:

$I''_{pvs}(C)$ : El tipo de interés de cualquier socio de la cooperativa resultante de la fusión, si la rentabilidad financiera se fija de manera que supere a la mayor de dichas rentabilidades para las cooperativas fusionadas.

También es deseable que el nuevo tipo de interés supere a los de las sociedades integradas. Sin embargo, en este caso el tipo de interés logrado es inferior al obtenido fijando la rentabilidad financiera media.

Se busca que:

$$I''_{pvs}(C) > I_{pvs}(A)$$

$$I''_{pvs}(C) > I_{pvs}(B)$$

Siendo:

$$I_{pvs} > I''_{pvs}$$

Con el segundo sistema se logra evitar la posible desincentivación a participar en la fusión por parte de los socios de la cooperativa fusionada, que inicialmente tenía mayor rentabilidad, por la reducción de la misma. El inconveniente es que el tipo de interés de los préstamos voluntarios de los socios es inferior al que obtendrían mediante el método anterior. De todas formas el valor de estos intereses puede superar a los de las empresas fusionadas antes de la concentración si se tiene en cuenta el posible incremento en la rentabilidad económica logrado por la nueva situación en el mercado (cuadro 72).

CUADRO 72. COMPARACION ENTRE LOS METODOS PARA FIJAR LA RENTABILIDAD FINANCIERA EN TERMINOS RELATIVOS EN UN PROCESO DE FUSION DE SOCIEDADES COOPERATIVAS.

METODOS	CASOS	VALORES DE $Rf'$	VENTAJAS
$Rf'$ ENTRE LA DE LAS FUSIONADAS	$Rf(A) > Rf(B)$	$Rf(A) > Rf'(C) > Rf(B)$	$I'_{pvs} > I''_{pvs}$
	$Rf(A) = Rf(B)$	$Rf(A) = Rf'(C) = Rf(B)$	-
$Rf'$ SUPERIOR A LA DE LAS FUSIONADAS	$Rf(A) > Rf(B)$	$Rf(A) > Rf'(C) > Rf(B)$	$Rf'' < Rf'$
	$Rf(A) = Rf(B)$	$Rf(A) = Rf'(C) = Rf(B)$	-

#### 5.5.2.1.3. La rentabilidad financiera de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, y su implicación sobre las cooperativas de base.

En el caso de la cooperativa de segundo grado de la salud uno de los aspectos buscados con la concentración es lograr una mayor credibilidad en el mercado, que se cristaliza en una mejor situación en el entorno. Además, después de la concentración, los socios esperan que la rentabilidad financiera obtenida sea superior a la que conseguían en sus sociedades cooperativas antes del mencionado proceso.

$$Rf(DC)(X) > Rf(X)$$

Siendo:

Rf(DC)(X): La rentabilidad financiera, en términos relativos, para cualquier socio de las diferentes cooperativas del sector de la salud después de la concentración. El valor de (X) puede ser:

- IS: Cuando se refiere a la cooperativa de instalaciones sanitarias.
- S: Si hace referencia a la cooperativa sanitaria de seguros.
- A: En caso de referirse a la cooperativa sanitaria de trabajo asociado.
- F: Cuando se haga referencia a la cooperativa farmacéutica.

Rf(X): la rentabilidad financiera, en términos relativos, que corresponde a cualquiera de los socios de una cooperativa de base por sus aportaciones al patrimonio de la misma, para los citados valores de (X).

Una vez analizada la rentabilidad financiera para los socios de una sociedad cooperativa de base del sector de la salud hay que tener en cuenta, en cada una de ellas, las diferentes aportaciones realizadas según los tipos de socios que las forman.

Si se generaliza el proceso anterior para la cooperativa de segundo grado de la salud, dado que esta tiene la misma estructura financiera que las cooperativas de base, el cálculo de la rentabilidad media de sus socios realizado es aplicable a la misma. Esta rentabilidad, si añadimos a los anteriores conceptos (Sg) cuando se refieran a la cooperativa de segundo grado de la salud, es:

$$Rf(Sg) = \frac{Ics(Sg)*CS(Sg)+Ipvs(Sg)*PVS(Sg)-Ifro(Sg)*FRO(Sg)}{CS(Sg) + PVS(Sg) + FRO(Sg)}$$

En el que:

CS(Sg): El capital social de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

Ics(Sg): El tipo de interés para las aportaciones al capital social en la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

PVS(Sg): Los préstamos voluntarios de los socios de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

Ipvs(Sg): El tipo de interés en los préstamos voluntarios de los socios de las sociedades cooperativas de segundo grado de la salud.

FRO(Sg): El Fondo de Reserva Obligatorio

Ifro(Sg): El tipo de interés para los socios de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

Con respecto a esta rentabilidad hay que hacer una serie de comentarios aclaratorios:

- La rentabilidad financiera que corresponde a cada una de las sociedades cooperativas de base, se encuentra determinada por las aportaciones a la sociedad cooperativa de segundo grado como capital social, préstamos voluntarios, y Fondo de Reserva Obligatorio. En este sentido hay que tener en cuenta la escasa cuantía patrimonial con la que se pretende dotar a estas entidades de segundo grado, por lo que sus aportaciones se limitan al capital social, y a la parte del beneficio destinada al mismo, que se deriva de su pequeña actividad en la prestación de servicios.
- Si se considera la rentabilidad financiera media de los socios de la sociedad cooperativa de segundo grado, hay que referirse a las cuatro cooperativas de base que la forman.

Por tanto cada una de las entidades de base recibe una rentabilidad financiera por su participación en la de segundo grado, en función de su aportación a la misma. Si se considera esta participación, se modifica la rentabilidad financiera de las cooperativas de base después de la concentración.

$$Rf(DC)(X) = Rf(X) + Rf(Sg)(X)$$

En la que:

$Rf(Sg)(X)$ : Es el componente de la rentabilidad financiera, en términos relativos, después de la concentración que corresponde a cada sociedad cooperativa de base por su financiación de la cooperativa de segundo grado de la salud. En la que (X) es diferente según el criterio establecido más arriba.

Así se obtienen:

$$Rf(DC)(IS) = Rf(IS) + Rf(Sg)(IS)$$

$$Rf(DC)(S) = Rf(S) + Rf(Sg)(S)$$

$$Rf(DC)(A) = Rf(A) + Rf(Sg)(A)$$

$$Rf(DC)(F) = Rf(F) + Rf(Sg)(F)$$

- La rentabilidad lograda por las sociedades cooperativas de base, pertenece directamente a los socios que las componen. Sin embargo, el motivo fundamental de la concentración en una sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, no es la consecución de una rentabilidad financiera. El objetivo consiste en lograr una participación en el proceso de prevención y



cuidado de la salud de forma participativa, y a la vez conseguir precios o retribuciones, según el caso, competitivos.

Por ello parece lógico que la rentabilidad financiera derivada de la participación en la sociedad cooperativa de segundo grado no sea repartida entre los socios de cada una de ellas, sino que se utilice en el proceso productivo de las sociedades cooperativas de base. De esta forma se logra un aumento de la rentabilidad económica de los socios, manteniendo la rentabilidad financiera que corresponde a los mismos en cada una de las entidades de primer grado.

$$Rf(DC)(X) = Rf(X) + Rf(Sg)(X)$$

$$Si: Rf(Sg)(X) \Rightarrow Re(X)f$$

$$Rf(DC)(X) = Rf(X)$$

Siendo:

$Re(X)f$ : El componente de la rentabilidad económica, en términos relativos, que se logra al utilizar para fines productivos la rentabilidad financiera de la cooperativa por su participación financiera en la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

Sin embargo, es posible que se logre un aumento en la rentabilidad financiera para los socios de las cooperativas de base. Este se consigue mediante un incremento en la rentabilidad financiera que reciben por su participación en la financiación de su cooperativa. Las causas son la consecución de una mejor situación en el mercado y las implicaciones de este hecho sobre la estructura financiera de las sociedades cooperativas participantes.

$$Rf(DC)(X) = Rf(X) + Rf(X)f$$

Siendo:

$Rf(X)f$ : El componente de la rentabilidad financiera, en términos relativos, para cualquier socio de una sociedad cooperativa de base de la salud, logrado con la consecución de una mejor situación en el mercado y sus implicaciones sobre la estructura financiera de las sociedades cooperativas participantes.

Por tanto, se consigue un aumento en la rentabilidad financiera después de la concentración, cuando se logra que el componente de la misma, derivado de la nueva situación en el mercado y de sus efectos sobre la estructura financiera, tenga un valor positivo.

Cuando:

$$Rf(X) + Rf(X)f > Rf(X)$$

Entonces:

$$Rf(DC)(X) > Rf(X)$$

O lo que es lo mismo si:

$$Rf(X)f > 0$$

### ***5.5.2.2. La rentabilidad económica de las sociedades cooperativas del sector de la salud.***

La rentabilidad económica es la que deriva de los activos de la sociedad cooperativa en un periodo, independientemente de su estructura financiera o de la composición de su pasivo. Se trata de una compensación por las contribuciones a los procesos de producción y distribución, que al igual que ocurre con la rentabilidad financiera, debe ser competitiva con respecto a la que ofrecen otras entidades del mercado (233).

#### **5.5.2.2.1. La rentabilidad económica de las sociedades cooperativas del sector de la salud antes del proceso de integración.**

En las sociedades cooperativas la rentabilidad económica, como se ha señalado al tratar los flujos económico financieros, se encuentra determinada por dos aspectos:

- La remuneración relativa a su actividad cooperativizada anticipada, que se determina:
  - \* En los socios usuarios (de la cooperativa de seguros, de la entidad de instalaciones sanitarias, y en los servicios de farmacia de las citadas instalaciones), mediante un precio competitivo de los servicios prestados por la cooperativa.
  - \* En los socios trabajadores y de trabajo de las diferentes sociedades cooperativas, mediante el pago de su trabajo a través de los anticipos laborales.
- La remuneración derivada de la actividad cooperativizada no anticipada que, recogida en el excedente disponible después de intereses e impuestos, se distribuye a través de los retornos cooperativos.

---

(233) La rentabilidad económica es analizada por: E. PEREZ GOROSTEGUI: *Economía de la...*, "Opus cit", pp. 175 y 176.

En el análisis realizado a continuación se parte del supuesto de que no se remunera a los socios de forma anticipada, ni en sueldos mayores ni como precios más bajos. Por tanto la rentabilidad económica generada durante todo el período sería repartida al final del mismo en forma de retorno cooperativo. Esta rentabilidad debe ser suficiente, para que una vez pagados los intereses a los socios y otros acreedores, dotados los fondos de reserva, y pagados los impuestos, se puedan retribuir las aportaciones de los socios al proceso productivo como si se tratara de proveedores o clientes externos.

La rentabilidad económica de una sociedad cooperativa, partiendo de los supuestos citados, es el cociente entre la suma de los excedentes antes de intereses e impuestos, y su activo neto al final del período (234).

$$Re = \frac{EOSAII+EOTAII+EEAII}{AN}$$

En el que:

Re: Es la rentabilidad económica, en términos relativos, para cualquier socio de la sociedad cooperativa del sector de la salud.

EOSAII: Excedente ordinario con los socios antes de intereses e impuestos.

EOTAII: Excedente ordinario con terceros antes de intereses e impuestos.

EEAII: Excedente extraordinario antes de intereses e impuestos.

AN: Activo neto al final del período.

Sin embargo, como el destino de los excedentes ordinarios con terceros y de los excedentes extraordinarios es el irrepartible Fondo de Reserva Obligatorio, la rentabilidad económica de la sociedad cooperativa puede expresarse teniendo en cuenta sólo el excedente ordinario con los socios:

$$Re = \frac{EOSAII}{AN}$$

---

(234) En este sentido puede verse: C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "Análisis de la rentabilidad económica...", "Opus cit", p. 118; y A.S. SUAREZ SUAREZ: **Orden económico y libertad**, Pirámide, Madrid, 1981, p. 80.

#### 5.5.2.2.2. La rentabilidad económica en los procesos de concentración con vinculación patrimonial.

En los procesos de concentración, los socios de las cooperativas pretenden lograr un incremento en la mencionada rentabilidad en relación a la que disponían antes la integración.

Si, al igual que hemos hecho más arriba, consideramos dos cooperativas del sector de la salud que se fusionan en una tercera, la citada condición puede expresarse como sigue:

$$\begin{array}{l} \text{Re}(C) > \text{Re}(A) \\ \text{y} \qquad \qquad [5] \\ \text{Re}(C) > \text{Re}(B) \end{array}$$

Lo que implica que la suma de las rentabilidades económicas de las sociedades cooperativas fusionadas, sea inferior al de la cooperativa resultante de la integración.

$$\text{Re}(C) > \text{Re}(A) + \text{Re}(B)$$

Siendo:

Re(C): La rentabilidad económica, en términos relativos, de cualquiera de los socios de la sociedad cooperativa resultado de la fusión.

Re(A): La rentabilidad económica, en términos relativos, de cualquiera de los socios de la sociedad cooperativa (A) del sector de la salud.

Re(B): La rentabilidad económica, en términos relativos, de cualquiera de los socios de la sociedad cooperativa (B) del sector de la salud.

Como la resultante del proceso de concentración es otra sociedad cooperativa, su rentabilidad económica se calcula siguiendo el mismo esquema utilizado más arriba.

$$\text{Re}(C) = \frac{\text{EOSAII}(C)}{\text{AN}(C)}$$

Siendo:

EOSAII(C): Excedente ordinario con los socios antes de intereses e impuestos de la sociedad cooperativa resultante de la concentración.

AN(C): Activo neto de la sociedad cooperativa resultante al final del período. Este se calcula como la suma de los activos netos de las cooperativas fusionadas AN(A) y AN(B):

$$\text{AN}(C) = \text{AN}(A) + \text{AN}(B)$$

Si se considera que el número de socios no se modifica con la fusión, los socios de la sociedad cooperativa (C) son el resultado de sumar los de las sociedades (A y B).

$$N(C) = N(A) + N(B)$$

Donde:

N(C): El número de socios de la cooperativa resultante después de la fusión.

N(A): Los socios de la cooperativa (A) antes de la fusión.

N(B): Número de socios de la cooperativa (B) antes de la fusión.

Sustituyendo las rentabilidades de las diferentes sociedades cooperativas implicadas en la expresión [5] se obtiene:

$$\frac{EOSAII(C)}{N(C)} > \frac{EOSAII(A)}{N(A)}$$

y

$$\frac{EOSAII(C)}{N(C)} > \frac{EOSAII(A)}{N(A)}$$

O lo que es lo mismo:

$$EOSAII(C) > \frac{EOSAII(A) * [N(A) + N(B)]}{N(A)}$$

y

$$EOSAII(C) > \frac{EOSAII(A) * [N(A) + N(B)]}{N(A)}$$

Llegando a la conclusión de que el excedente ordinario antes de intereses e impuestos de los socios de la sociedad cooperativa resultante de la integración, debe ser mayor que el mismo excedente de cada una de las fusionadas, incrementado en la cantidad que resulta de multiplicar el mismo excedente, por el cociente entre el número de socios de las cooperativas antes de la integración.

$$EOSAII(C) > EOSAII(A) + EOSAII(A) \frac{N(B)}{N(A)}$$

y

$$EOSAII(C) > EOSAII(B) + EOSAII(B) \frac{N(A)}{N(B)}$$

#### 5.5.2.2.3. La rentabilidad económica de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, y su implicación sobre las cooperativas de base.

Otro de los objetivos perseguidos con la formación de la cooperativa de segundo grado de la salud, es la consecución de un aumento de la rentabilidad económica con respecto a la que tenían antes del mencionado proceso.

$$Re(DC)(X) > Re(X)$$

Siendo para los mismos valores de (X) utilizados al analizar la rentabilidad financiera:

Re(DC)(X): La rentabilidad económica, en términos relativos, de cualquiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud después de la concentración mediante otra de segundo grado.

Re(X): La rentabilidad económica, en términos relativos, de cualquiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud antes de la concentración.

De la misma forma que sucede en la rentabilidad financiera, la aplicación de la rentabilidad económica a la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, no ofrece diferencias substanciales con respecto a la formulación señalada:

$$Re(Sg) = \frac{EOSAII(Sg)}{AN(Sg)}$$

En la que:

Re(Sg): La rentabilidad económica, en términos relativos, de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud para las sociedades cooperativas de base como socios de la misma.

EOSAII(Sg): Excedente ordinario con los socios antes de intereses e impuestos, en la cooperativa de segundo grado de la salud.

AN(Sg): Activo neto de la cooperativa de segundo grado de la salud, al final del período.

Con respecto a la rentabilidad económica de la cooperativa de segundo grado de la salud y de sus cooperativas de base, hay que hacer una serie de consideraciones:

- La parte de la rentabilidad económica de la cooperativa de segundo grado de la salud que corresponde a cada una de las sociedades cooperativas de base, está determinada por su contribución al proceso productivo de la primera. Dada la escasa actividad económica con la que se pretende dotar a la sociedad cooperativa de segundo grado, se limita considerablemente esta vía de rentabilidad.

- Como se ha mencionado más arriba, la participación de las cooperativas de base en la rentabilidad financiera no se reparte entre los socios, sino que se destina a actividades productivas en cada una de ellas (a este incremento lo denominamos  $(Re(X)f)$ ). De esta forma se agrega un factor para aumentar la rentabilidad económica de las diferentes sociedades cooperativas del sector de la salud, lo que a la postre repercute en sus socios.
- El mayor incremento en la rentabilidad económica de las sociedades cooperativas de base, y de sus socios se debe al aumento en la rentabilidad económica de su propia empresa. Esta es motivada por la actuación conjunta de todas las sociedades cooperativas de base en el sector de la salud. Tanto el posible aumento de la rentabilidad por este concepto como por el mencionado en el punto anterior, se recogen en la rentabilidad económica de la propia sociedad cooperativa de base.

En consecuencia, la rentabilidad económica de las sociedades cooperativas; farmacéutica, de trabajo asociado, de instalaciones sanitarias y de seguros, después de la concentración, se encuentra formada por:

- La rentabilidad interna de cada una de ellas anterior al proceso integrador.
- La parte que se incrementa la rentabilidad económica que corresponde a cada una por su participación en el proceso productivo de la de segundo grado.
- El incremento en la rentabilidad económica que se produce después de la concentración al utilizar, en el proceso productivo, la parte correspondiente a la rentabilidad financiera por su participación en la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.
- El aumento sobre la rentabilidad económica antes de la concentración, generada en cada una de ellas después de la integración, por la actuación conjunta de todas las sociedades cooperativas de base en la de segundo grado de la salud. Así:

$$Re(DC)(X) = Re(X) + Re(Sg)(X) + Re(X)f + Re(X)e$$

Donde las únicas variables que quedan por definir son:

$Re(Sg)(X)$ : La parte en que se incrementa la rentabilidad económica, en términos relativos, de cada una de las sociedades cooperativas de base por su contribución al proceso productivo de la de segundo grado. Se aplica para los mencionados valores de  $(X)$ .

$Re(X)e$ : Es el incremento de la rentabilidad interna, en términos relativos, de las diferentes cooperativas de base derivada de la actuación conjunta. Al igual que las anteriores se aplica para los diferentes valores de  $(X)$ .

O lo que es lo mismo:

$$\text{Re}(\text{DC})(\text{IS}) = \text{Re}(\text{IS}) + \text{Re}(\text{Sg})(\text{IS}) + \text{Re}(\text{IS})f + \text{Re}(\text{IS})e$$

$$\text{Re}(\text{DC})(\text{S}) = \text{Re}(\text{S}) + \text{Re}(\text{Sg})(\text{S}) + \text{Re}(\text{S})f + \text{Re}(\text{S})e$$

$$\text{Re}(\text{DC})(\text{A}) = \text{Re}(\text{A}) + \text{Re}(\text{Sg})(\text{A}) + \text{Re}(\text{A})f + \text{Re}(\text{A})e$$

$$\text{Re}(\text{DC})(\text{F}) = \text{Re}(\text{F}) + \text{Re}(\text{Sg})(\text{F}) + \text{Re}(\text{F})f + \text{Re}(\text{F})e$$

Por tanto, la condición de partida se cumple cuando la suma de los incrementos de la rentabilidad económica de las sociedades cooperativas después de la concentración tenga un valor positivo. Es decir:

$$\text{Re}(\text{DC})(\text{X}) > \text{Re}(\text{X})$$

Donde sustituyendo y despejando se obtiene:

$$\text{Re}(\text{X}) + \text{Re}(\text{Sg})(\text{X}) + \text{Re}(\text{X})f + \text{Re}(\text{X})e > \text{Re}(\text{X})$$

$$\text{Re}(\text{Sg})(\text{X}) + \text{Re}(\text{X})f + \text{Re}(\text{X})e > 0$$

El reparto de esta rentabilidad económica entre los socios depende de los anticipos, vía servicios o laborales, y de los excedentes repartidos por cada una de las sociedades cooperativas de base del sector de la salud.

### 5.5.3. La valoración de los procesos de concentración para las sociedades cooperativas del sector de la salud.

La búsqueda de sinergias positivas en el proceso integrador, se pone de manifiesto mediante la valoración de las sociedades cooperativas antes y después de la concentración.

Para realizar esta valoración se utiliza la expresión [1] (235). Hay que tener en cuenta que para realizar la mencionada valoración es necesario conocer dos aspectos:

- La rentabilidad económica en términos absolutos.
- La rentabilidad financiera en términos relativos.

$$V = \frac{\text{RE}}{\text{Rf}} \quad [1]$$

La rentabilidad financiera en términos relativos ha sido analizada más arriba, por lo que se utilizan estos datos para realizar la valoración antes y después de la concentración.

---

(235) Sobre este aspecto véase página 348.



Sin embargo, en el estudio de la rentabilidad económica efectuado, ésta se ha medido en términos relativos. Por tanto es preciso un estudio de la rentabilidad económica en términos absolutos antes de iniciar la valoración, considerando si existe o no vinculación patrimonial.

#### **5.5.3.1. Determinación de la rentabilidad económica en términos absolutos.**

Para determinar la rentabilidad económica en términos absolutos es necesario tener en cuenta la actuación económico-financiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud.

##### **5.5.3.1.1. La actuación económico-financiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud y sus repercusiones sobre la rentabilidad de las mismas.**

La determinación de la actuación económico-financiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud debe tender a reducir la aportación de la sociedad cooperativa al Estado en forma de impuestos y la dotación al irrepartible Fondo de Reserva Obligatorio. Desde este punto de vista, las variables sobre las que pueden actuar las sociedades cooperativas son (236):

- Ipvs: El tipo de interés de los préstamos voluntarios de los socios, que no se encuentra sujeto a ninguna limitación, pero que, como se ha señalado más arriba, debe ser competitivo con la retribución del mercado.
- Pi: El precio unitario de las prestaciones de la cooperativa a los socios, que en el caso del sector de la salud se refiere fundamentalmente a la asistencia sanitaria y a la farmacéutica.
- CVi: Los costes variables unitarios de los servicios prestados por la sociedad cooperativa. Dentro de los mismos aparece como componente controlable el valor de los anticipos laborales realizados a los diferentes socios trabajadores y de trabajo.

La consecución de esta política económico-financiera, debe realizarse sin llegar a poner en peligro la solvencia de la empresa. Para lograrlo, la actuación óptima consiste en repartir todo el beneficio de forma anticipada, vía precios más bajos o vía mayores anticipos laborales, de tal forma que el excedente después de intereses sea cero. De esta manera se evita el pago de impuestos, a la vez que se reduce la dotación del Fondo de Reserva Obligatorio, y también el reparto de retornos cooperativos.

---

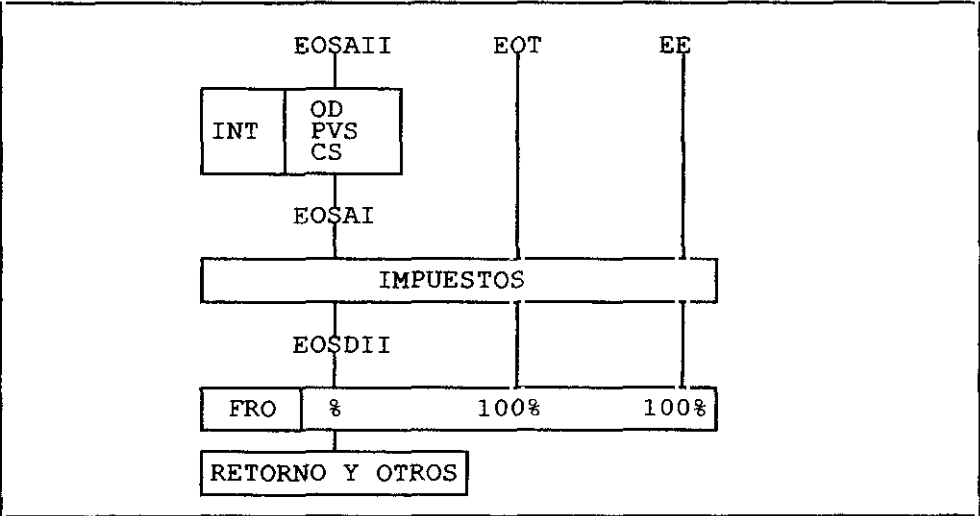
(236) En este análisis se sigue a: C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: "Análisis de la rentabilidad económica...", "Opus cit", pp. 120 y 121.

Hay que tener en cuenta que cada peseta de retorno cooperativo correspondiente a un socio trabajador o de trabajo, significa que por su prestación a la cooperativa de la salud debería haber cobrado una peseta más. Por otra parte, cada peseta correspondiente a un socio usuario, es una peseta más de las que debería haber pagado por los servicios recibidos de la cooperativa de la salud.

El socio prefiere recibir la prestación por su actividad cooperativizada de forma anticipada sin tener que esperar a la finalización del ejercicio, sobre todo cuando sabe que en el último caso parte de esa retribución va a tener como destinos el Estado, y el Fondo de Reserva Obligatorio.

En la consideración del excedente no se tienen en cuenta los excedentes ordinarios por operaciones con terceros, ni por operaciones extraordinarias, dado que su destino es el Fondo de Reserva Obligatorio. Así, fijándose en el excedente ordinario por operaciones con los socios hay que lograr que éste sea igual al pago de intereses, o intereses financieros, de tal forma que no puedan descontarse los impuestos ni dotar Fondo de Reserva Obligatorio. Esta situación se refleja gráficamente en el cuadro 73, en el que se observa el destino de los diferentes excedentes en caso de ser positivos.

CUADRO 73. DISTRIBUCIÓN DE EXCEDENTES.



- EOSAII: Excedente ordinario con los socios antes de intereses e impuestos.
- INT: Intereses.
- EOSAI: Excedente ordinario con los socios antes de impuestos.
- IMP: Impuestos.
- EOSDII: Excedente ordinario con los socios después de intereses e impuestos.
- FRO: Fondo de Reserva Obligatorio.

Por lo que respecta a los intereses, hay que hacer mención a tres conceptos:

CS: Se refiere al pago a los socios por sus aportaciones al capital social, mediante los intereses pactados (Ics).

PVS: Hace mención a la retribución, también a los socios, por los préstamos voluntarios de éstos a la cooperativa, a través del correspondiente interés (Ipvs).

OD: Se refiere al pago a otros acreedores no socios, al tipo de interés establecido (Iod).

Según lo anterior el excedente ordinario con los socios una vez pagados los intereses, pero antes de impuestos (EOSAI) es:

$$\text{EOSAI} = \sum[\text{Xi} * (\text{Pi} - \text{CVi})] - \text{CF} - (\text{PVS} * \text{Ipvs}) - (\text{CS} * \text{Ics}) - (\text{OD} * \text{Iod})$$

En el que todas las variables han sido definidas excepto:

Xi: Es el número de unidades del servicio I-ésimo prestado.

CF: Coste fijo del periodo para la cooperativa.

El EOSAI debe ser suficiente para hacer frente a los intereses de terceros, es decir:

$$\sum[\text{Xi} * (\text{Pi} - \text{CVi})] - \text{CF} - (\text{PVS} * \text{Ipvs}) - (\text{CS} * \text{Ics}) > (\text{OD} * \text{Iod})$$

Además de cubrir estos intereses debe ser capaz de pagar a los socios por sus aportaciones financieras. Sin embargo, como se ha dicho más arriba, para lograr una buena política financiera hay que conseguir que una vez saldadas las deudas financieras con los socios y con terceros, el excedente sea cero. Es decir:

$$\sum[\text{Xi} * (\text{Pi} - \text{CVi})] - \text{CF} = (\text{PVS} * \text{Ipvs}) + (\text{CS} * \text{Ics}) + (\text{OD} * \text{Iod}) \quad [6]$$

En esta situación, se establece la relación entre la rentabilidad económica y financiera en el sector de la salud. Para ello hay que recordar que las variables sobre las que puede actuar la sociedad cooperativa son el precio unitario de las prestaciones a los socios (Pi), el coste unitario de la producción (CVi), mediante el aumento o disminución de los anticipos laborales, y el tipo de interés de los préstamos voluntarios a los socios (Ipvs).

Teniendo en cuenta que las dos primeras variables actúan directamente sobre la rentabilidad económica, mientras que la última lo hace sobre la financiera, las posibles actuaciones de las sociedades cooperativas del sector de la salud son:

A) Si se pretende incrementar la rentabilidad económica la sociedad cooperativa tiene dos opciones:

- Reducir el precio de las prestaciones a los socios usuarios, anticipando con ello la retribución por su participación en el proceso productivo ( $P_i$ ), y aumentando su rentabilidad económica.
- Aumentar los anticipos laborales a los socios trabajadores y de trabajo, lo que supone un incremento de su rentabilidad económica y de ( $CV_i$ ).

En ambos casos, tanto reduciendo ( $P_i$ ) como aumentando ( $CV_i$ ), se produce una disminución en el primer miembro de la igualdad [6], que hace necesario reducir ( $Ipvs$ ) para reinstaurar el equilibrio. Esta reducción de ( $Ipvs$ ) constituye una disminución de la rentabilidad financiera.

B) Para incrementar la rentabilidad financiera hay que actuar aumentando el interés de los préstamos voluntarios de los socios, lo que lleva implícito un incremento del segundo miembro de la expresión [6]. Para reintegrar la igualdad existen dos posibilidades:

- Aumentar ( $P_i$ ).
- Reducir ( $CV_i$ ).

En ambos casos, el resultado es la reducción de la rentabilidad económica.

Por tanto todo aumento de la rentabilidad económica de los socios de las cooperativas del sector de la salud, está ligado a una reducción en la rentabilidad financiera y viceversa. Las sociedades cooperativas tienen que elegir entre dar una rentabilidad financiera competitiva con el mercado, o una compensación a los socios, también competitiva, por su aportación en el proceso productivo.

La solución se encuentra en lograr un equilibrio entre ambas rentabilidades. Para ello hay que tener en cuenta que un aumento de las aportaciones de los socios como préstamos voluntarios sólo se producirá cuando su rentabilidad financiera sea elevada, y que estas aportaciones también se traducirán en una mejor marcha de la empresa, incrementando la rentabilidad económica de los socios.

Todo lo estudiado es aplicable a los socios en su condición de miembros de las cooperativas de la salud. La política financiera de las sociedades cooperativas de base y de la de segundo grado es la misma, aunque al considerar a las primeras hay que tener en cuenta el posible incremento de sus excedentes ordinarios con los socios, derivado de su participación económica y financiera en la de segundo grado.

5.5.3.1.2. La rentabilidad económica en términos absolutos para las diferentes cooperativas del sector de la salud.

La rentabilidad económica en términos absolutos viene determinada, para las sociedades cooperativas del sector de la salud, por los salarios, de los socios de trabajo y socios trabajadores, y por los precios de los servicios prestados a los socios usuarios.

Si se pretende reducir la aportación al Estado, en concepto de impuestos, y la dotación al Fondo de Reserva Obligatorio, el cálculo de esta rentabilidad se realiza repartiendo el beneficio de tal forma que el EOSAI sea igual a cero, según la expresión [6].

Partiendo de la expresión mencionada, para poder obtener el valor de los precios y salarios que determinan la rentabilidad económica, es preciso fijar previamente el interés de las aportaciones voluntarias de los socios. Este interés, parte fundamental de la rentabilidad financiera, puede fijarse en función del que existe en el mercado.

Para determinar su cuantía hay que considerar, como se ha analizado más arriba, que la participación financiera en una sociedad cooperativa no busca, como objetivo fundamental, lograr un interés por encima del existente en el mercado, aunque su remuneración tampoco debe ser inferior a la misma. Si, además, se tiene en cuenta que la sociedad cooperativa sólo presta un tipo de servicio la expresión [6] queda de la siguiente forma:

$$[X*(P-CV)] - CF = (PVS*Ipvs') + (CS*Ics) + (OD*Iod) \quad [7]$$

Siendo:

X: La cantidad del servicio prestado por la sociedad cooperativa del sector de la salud.

P: El precio unitario de ese servicio.

CV: El coste variable unitario del mencionado servicio.

Ipvs': El interés fijado, según el mercado financiero, para las aportaciones voluntarias de los socios.

Además, según el tipo de sociedad cooperativa del sector de la salud analizada y de los socios que participan en cada una de ellas, es necesario despejar y fijar diferentes parámetros:

A) En las sociedades cooperativas sanitarias de trabajo asociado la rentabilidad económica viene determinada por los anticipos laborales recibidos por sus socios trabajadores (ST). Estos forman parte de los costes variables, por lo que en los mismos se distingue entre esta rentabilidad económica y el resto de los costes variables.

$$CV = RE(ST)(X)^* + RCV$$

Siendo:

CV: El coste variable unitario de prestar servicios sanitarios por la sociedad cooperativa de trabajo asociado del sector de la salud.

$RE(ST)(X)^*$ : La rentabilidad económica en términos absolutos de cada servicio prestado por una sociedad cooperativa de trabajo asociado del sector de la salud. En este caso, el valor de (X) tiene que ser obligatoriamente (A)  $(RE(ST)(A))^*$ . Viene determinada por los anticipos laborales repartidos a los socios trabajadores para producir una unidad del mencionado servicio.

RCV: El resto de costes variables unitarios necesarios para prestar un servicio por la sociedad cooperativa.

Dado que los usuarios de salud son terceros no socios, el importe de los servicios prestados a los mismos viene determinado por los precios de mercado. Este motivo hace que no sea necesario hacer ninguna hipótesis adicional sobre el mencionado importe.

$$[X*(P - (RE(ST)(A))^* + RCV)] - CF = (PVS*Ipvs') + (CS*Ics) + (OD*Iod)$$

La rentabilidad económica en términos absolutos del total de los socios de la sociedad cooperativa se obtiene multiplicando la rentabilidad económica unitaria por el número de servicios prestados. De esta forma, y tras despejar, se llega a siguiente expresión:

$$X*RE(ST)(A)^* = X*(P-RCV) - (PVS*Ipvs') - (CS*Ics) - (OD*Iod) - CF$$

Siendo:

$RE(ST)(A)$ : La rentabilidad económica en términos absolutos del conjunto de los socios trabajadores.

$$RE(ST)(A) = X*RE(ST)(A)^*$$

$$RE(ST)(A) = X*(P-RCV) - (PVS*Ipvs') - (CS*Ics) - (OD*Iod) - CF$$

Por tanto, la rentabilidad económica, en términos absolutos, del conjunto de los socios de la cooperativa sanitaria de trabajo asociado, se obtiene:

- Haciendo que el EOSAI sea cero.
- Fijando los intereses de los préstamos voluntarios de los socios según el valor del mercado.
- Despejando la parte de los costes variables unitarios que corresponde a los anticipos laborales de los socios.

B) En las sociedades cooperativas sanitarias de seguros de asistencia sanitaria, de instalaciones o farmacéuticas, a la hora de determinar la rentabilidad económica hay que considerar si existen o no socios de trabajo.

B.1) Si únicamente hay socios usuarios (U), la rentabilidad económica viene determinada por los precios fijados en las prestaciones realizadas por la cooperativa. Este aspecto se refleja en el precio, por lo que suponiendo que la sociedad cooperativa sólo realiza operaciones con estos socios su rentabilidad económica en términos absolutos coincide con el mencionado precio (237).

$$P = RE(U)(X)^*$$

Siendo:

P: El precio de los servicios prestados por las sociedades cooperativas a sus socios.

$RE(U)(X)^*$ : La rentabilidad económica unitaria en términos absolutos de prestar servicios a los socios usuarios de la sociedad cooperativa (X). En el sector de la salud se aplica para los siguientes valores de (X):

- IS: Cuando se refiere a los socios usuarios de la cooperativa de instalaciones sanitarias.
- S: Si hace referencia a los socios usuarios de la sociedad cooperativa sanitaria de seguros.
- F: Cuando se haga referencia a los socios usuarios de la sociedad cooperativa farmacéutica.

Si solamente existen socios usuarios los costes variables unitarios se encuentran fijados por el mercado.

$$[X * (RE(U)(X)^* - CV)] - CF = (PVS * Ipvs') + (CS * Ics) + (OD * Iod)$$

Dado que la rentabilidad económica en términos absolutos del total de los socios de la sociedad cooperativa se obtiene multiplicando la rentabilidad económica unitaria por el número de servicios prestados al total de los socios, despejando se obtiene:

$$X * RE(U)(X)^* = (PVS * Ipvs') + (CS * Ics) + (OD * Iod) + CF + (X * CV)$$

---

(237) Si también se tienen en cuenta operaciones con terceros, el desarrollo general no se modifica. Sin embargo, habría que diferenciar entre el precio para socios y no socios, y entre los servicios prestados a cada uno de estos colectivos.

Como se conoce que:

$$RE(U)(X) = X * RE(U)(X) *$$

La rentabilidad económica, en términos absolutos, del total de los socios se expresa como:

$$RE(U)(X) = (PVS * Ipvs') + (CS * Ics) + (OD * Iod) + CF + (X * CV)$$

Siendo:

RE(U)(X): La rentabilidad económica en términos absolutos del conjunto de los socios usuarios de la sociedad cooperativa (X) aplicable sólo a las entidades de seguros, farmacéuticas, y de instalaciones sanitarias.

Por tanto, la rentabilidad económica del conjunto de los socios usuarios en términos absolutos, en este segundo caso, se obtiene:

- Haciendo que el EOSAI sea cero.
- Fijando los intereses de los préstamos voluntarios de los socios al valor del mercado.
- Despejando la parte de los precios unitarios para los socios por su actividad en la sociedad cooperativa.

B.2) Si además de socios usuarios (U) existen socios de trabajo (T) hay que distinguir dos elementos para determinar la rentabilidad económica:

- Para los socios usuarios los precios fijados en las prestaciones realizadas por la cooperativa.
- Para los socios de trabajo los anticipos laborales.

El análisis de la rentabilidad económica en términos absolutos para ambos colectivos es similar al realizado en caso de existir únicamente socios usuarios, pero teniendo en cuenta las siguientes particularidades:

- Para fijar la rentabilidad económica en términos absolutos de los socios usuarios es necesario determinar previamente la misma rentabilidad para los socios de trabajo. Esta se fija mediante sus anticipos laborales.
- Antes de determinar la rentabilidad económica en términos absolutos de los socios de trabajo hay que fijar la misma rentabilidad para los socios



usuarios. Su determinación se realiza por el precio de los servicios prestados por cada sociedad cooperativa.

Por tanto para poder fijar la rentabilidad económica de cualquiera de los colectivos mencionados es necesario un acuerdo entre los mismos. Este acuerdo consiste en fijar una de las dos rentabilidades por encima del mercado y determinar la otra. Surgen así dos posibilidades:

- Si se fija la rentabilidad económica de los socios de trabajo:

$$\begin{aligned} RE(U)(X) &= (PVS*Ipvs') + (CS*Ics) + (OD*Iod) + \\ &+ CF + (X*(RE(T)(X)^{*}+RCV) = \\ &= (PVS*Ipvs') + (CS*Ics) + (OD*Iod) + CF + RE(T)(X) + (X*RCV) \end{aligned}$$

Siendo:

$RE(T)(X)^{*}$ : La rentabilidad económica unitaria en términos absolutos del conjunto de los socios de trabajo de la sociedad cooperativa (X). En el sector de la salud el valor de (X) sólo puede ser:

- IS: Cuando se refiere a los socios de trabajo de la sociedad cooperativa de instalaciones sanitarias.
- S: Si hace referencia a los socios de trabajo de la sociedad cooperativa sanitaria de seguros.
- F: Cuando se haga referencia a los socios de trabajo de la sociedad cooperativa farmacéutica.

$RE(T)(X)^{*}$ : Es la misma rentabilidad señalada cuando se fija, de mutuo acuerdo, por los diferentes colectivos de socios de la sociedad cooperativa (X).

$RE(T)(X)$ : La rentabilidad económica en términos absolutos del conjunto de los socios de trabajo de la sociedad cooperativa (X) del sector de la salud.

$$RE(T)(X) = X * RE(T)(X)^{*}$$

- Si se fija la rentabilidad económica de los socios usuarios:

$$RE(T)(X) = X*(RE(U)(X)^{*}-RCV) - (PVS*Ipvs') - (CS*Ics) - (OD*Iod) - CF$$

Siendo:

$RE(U)(X)^{*}$ : La rentabilidad económica unitaria en términos absolutos del conjunto de los socios de usuarios de la sociedad cooperativa (X) cuando se fija, de

mutuo acuerdo por los diferentes colectivos de socios de cada sociedad cooperativa.

De una forma genérica se puede calcular la rentabilidad económica en términos absolutos de todos los socios de las diferentes sociedades cooperativas. Este valor se obtiene sumando las respectivas rentabilidades de cada uno de los colectivos incluidos según la modalidad de la que se trate. Así, la fórmula general es:

$$RE(X) = RE(ST)(X) + RE(U)(X) + RE(T)(X)$$

En el que la única variable por definir es:

RE(X): La rentabilidad económica en términos absolutos de todos los socios que componen la sociedad cooperativa (X) del sector de la salud. El valor de (X) es aplicable a todas las sociedades cooperativas del mencionado sector:

- IS: Cuando se refiere a la sociedad cooperativa de instalaciones sanitarias.
- S: Si hace se aplica a la sociedad cooperativa sanitaria de seguros.
- F: Cuando haga referencia a la sociedad cooperativa farmacéutica.
- A: En caso de aplicarse a la sociedad cooperativa sanitaria de trabajo asociado.

Teniendo en cuenta los posibles socios de cada una de estas sociedades cooperativas la rentabilidad económica en términos absolutos, se expresa:

$$RE(IS) = RE(U)(IS) + RE(T)(IS)$$

$$RE(S) = RE(U)(S) + RE(T)(S)$$

$$RE(F) = RE(U)(F) + RE(T)(F)$$

$$RE(A) = RE(ST)(A)$$

### ***5.5.3.2. La valoración de los procesos de concentración con vinculación patrimonial para las cooperativas del sector de la salud.***

En las de sociedades cooperativas que intervienen en una concentración con vinculación patrimonial hay que lograr que la suma de los valores de las cooperativas después de la concentración sea superior al que tenían antes de la misma. Para ello es necesario efectuar una regularización y actualización de balances de las citadas sociedades. Esta, se realiza teniendo en cuenta el valor de las aportaciones de cada sociedad

cooperativa al capital, a los fondos irrepartibles de la nueva sociedad, y la posible aparición de un fondo de comercio (238).

Suponiendo que dos sociedades cooperativas de base, pertenecientes al sector de la salud, (A y B) se fusionan en una tercera (C), sus valores según la expresión [1] son:

$$V(A) = \frac{RE(A)}{Rf(A)} \quad V(B) = \frac{RE(B)}{Rf(B)} \quad V(C) = \frac{RE(C)}{Rf(C)}$$

Donde las rentabilidades financieras ya han sido definidas (239), por lo que sólo queda por determinar:

V(A): El valor de la sociedad cooperativa de la salud (A) antes de la fusión.

V(B): El valor de la sociedad cooperativa de la salud (B) antes de la fusión.

V(C): El valor de la sociedad cooperativa (C) resultante de la fusión.

RE(A): La rentabilidad económica en términos absolutos de la sociedad cooperativa (A) antes de la fusión.

RE(B): La rentabilidad económica en términos absolutos de la sociedad cooperativa (B) antes de la fusión.

RE(C): La rentabilidad económica en términos absolutos de la sociedad cooperativa (C) resultante de la fusión.

Los valores de las rentabilidades económicas en términos absolutos y de las rentabilidades financieras en términos relativos se calculan según lo analizado en el apartado anterior.

En el caso de concentración patrimonial el valor de la empresa resultante de la integración menos la suma de los valores de las empresas concentradas y los costes producidos en este proceso, tiene que ser mayor que cero (240):

$$V(C) - [V(A) + V(B)] - CC > 0$$

O lo que es lo mismo:

$$V(C) > [V(A) + V(B)] + CC \quad [8]$$

Siendo:

CC: Los costes producidos en el proceso de concentración patrimonial (241).

---

(238) Un amplio estudio sobre esta materia aparece recogido por: V. CABALLER MELLADO: **Métodos de valoración...**, "Opus cit", pp. 161-171; y R. BREALEY & S. MYERS: **Fundamentos de financiación empresarial**, McGraw-Hill, Madrid 1990, pp. 799-801.

(239) Estas rentabilidades han sido analizadas en la página 366.

(240) A.S. SUAREZ SUAREZ: **Decisiones óptimas...**, "Opus cit", p. 720.

Si el número de socios de la empresa resultante es diferente a la suma de los socios de las cooperativas concentradas, por cualquier tipo de baja, la condición que es necesaria cumplir, suponiendo que todos tienen la misma participación en la cooperativa, puede formularse como sigue:

Puede ocurrir que:

$$N(C) > N(A) + N(B)$$

$$N(C) < N(A) + N(B)$$

$$N(C) = N(A) + N(B)$$

Siendo:

N(C): El número de socios de la empresa resultante de la concentración.

N(A): El número de socios de la sociedad cooperativa de la salud (A) antes del proceso de concentración.

N(B): El número de socios de la sociedad cooperativa de la salud (B) antes del proceso de concentración.

Si:

$$N(C) > N(A) + N(B)$$

$$N(C) < N(A) + N(B)$$

Entonces la condición señalada anteriormente se expresa como:

$$\frac{V(C) - CC}{N(C)} > \frac{V(A) + V(B)}{N(A) + N(B)}$$

O lo que es lo mismo:

$$\frac{V(C)}{N(C)} > \frac{V(A) + V(B)}{N(A) + N(B)} + \frac{CC}{N(C)}$$

Si esta condición se expresa en función del valor de la empresa para cada uno de sus socios se llega a la conclusión de que, el valor de la nueva empresa para ellos, debe superar a la suma del valor de las cooperativas concentradas, para cada uno de ellos, más la participación de los mismos después de la concentración en los costes derivados de la citada integración.

$$VS(C) > VS(A) + VS(B) + CCS \quad [9]$$

---

(241) Sobre el coste de adquisición puede verse: S.A. ROSS, R.W. WESTERFIELD, y B.D. JORDAN: **Fundamentos...**, "Opus cit", pp. 797-800.

Siendo:

VS(C): El valor de la empresa después de la concentración para cada uno de sus socios.

$$VS(C) = \frac{VE(C)}{NS(C)}$$

VS(A): El valor de la cooperativa (A) concentrada para cada uno de los N(A) socios.

$$VS(A) = \frac{V(A)}{N(A)}$$

VS(B): El valor de la cooperativa (B) concentrada para cada uno de los N(B) socios.

$$VS(B) = \frac{V(B)}{N(B)}$$

CCS: El coste por socio derivado de la concentración de la sociedad resultante.

$$CCS = \frac{CC}{N(C)}$$

En el caso en el que el número de socios antes y después del proceso integrador coincidan, puede observarse que las expresiones [8] y [9] conducen a la misma conclusión:

Si:  $N(C) = N(A) + N(B)$

Cuando:  $V(C) > V(A) + V(B) + CC$

Entonces también:  $VS(C) > VS(A) + VS(B) + CCS$

Generalizando para el caso de "P" sociedades cooperativas que se fusionan en otra cooperativa (C) las expresiones [8] y [9] se expresan de la siguiente manera:

$$V(C) > \sum VI + CC$$

$$VS(C) > \sum VSI + CCS$$

Siendo:

VI: El valor de cada una de las "P" cooperativas que participan en la concentración. El valor de la sociedad cooperativa L-ésima para cada uno de sus socios antes de la concentración.

$$VSI = \frac{\sum VI}{\sum NI}$$

NI: Los socios de cada una de las "P" cooperativas concentradas.

### 5.5.3.3. La valoración de los procesos de concentración mediante la cooperativa de segundo grado de la salud.

La sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, mantiene las mismas características económico-financieras que las sociedades cooperativas que la forman. Por tanto, su valoración puede realizarse según la expresión [1].

$$V(Sg) = \frac{RE(Sg)}{Rf(Sg)}$$

Siendo:

V(Sg): El valor de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

RE(Sg): La rentabilidad económica en términos absolutos del total de los socios de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud.

Para este análisis se toma el valor de la rentabilidad financiera en términos relativos de la sociedad cooperativa de segundo grado analizada más arriba. De la misma forma, puede generalizarse el estudio de la rentabilidad económica en términos absolutos para los socios de cualquiera de las cooperativas del sector de la salud. En este último caso, al participar socios usuarios, socios de trabajo, y socios trabajadores, y existir diferentes colectivos en cada uno de ellos, es necesario un acuerdo entre todos de tal forma que se cumpla la expresión [7].

$$[X*(P-CV)]-CF=(PVS*Ipvs)+(CS*Ics)+(OD*Iod) [7]$$

Sin embargo, a las sociedades cooperativas de base lo que les interesa es que el valor de cada una de ellas sea mayor después que antes de participar en el mencionado proceso.

$$V(DC)(X) > VC(X)$$

En donde:

V(DC)(X): El valor de cualquiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud después de la integración mediante la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud. Los valores de (X) son los señalados más arriba, incluyendo a los diferentes colectivos de socios de cada sociedad cooperativa.

V(X): El valor de cualquiera de las sociedades cooperativas del sector de la salud antes de la integración mediante la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud. Los valores de (X) son los señalados más arriba.

Al igual que ocurre con las sociedades cooperativas de segundo grado de la salud, el valor de cada una de las sociedades cooperativas que participan en la integración se calcula según la expresión [1].

$$V(X) = \frac{RE(X)}{Rf(X)} \quad V(DC)(X) = \frac{RE(DC)(X)}{Rf(DC)(X)}$$

Siendo:

**RE(X):** La rentabilidad económica en términos absolutos del total de los socios de cualquiera de las sociedades cooperativas antes de la concentración. Se incluyen todos los colectivos de socios que participan en cada una de estas sociedades.

**RE(DC)(X):** La rentabilidad económica en términos absolutos del total de los socios de cualquiera de las sociedades cooperativas después de la concentración. También incluye todos los colectivos de socios que participan en cada una de estas sociedades.

Un aumento del EOSAIL, en caso de repartirse entre los socios, produce un incremento de las prestaciones recibidas por los mismos en forma de anticipos laborales, y de reducción de precios. Esta circunstancia permite aplicar el análisis de la rentabilidad económica en términos relativos después de la concentración al mismo concepto de rentabilidad en términos absolutos. Así puede afirmarse que la mencionada rentabilidad en términos absolutos para el conjunto de los socios de cada una de las sociedades cooperativas después de la concentración será:

$$RE(DC)(X) = RE(X) + RE(Sg)(X) + RE(X)f + RE(X)e$$

Donde:

**RE(Sg)(X):** La rentabilidad económica en términos absolutos de cada una de las sociedades cooperativas de base, por su contribución al proceso productivo de la de segundo grado. Se aplica para los mencionados valores de (X).

**RE(X)f:** Es la rentabilidad económica en términos absolutos, de las diferentes cooperativas de base, que se produce al emplear la rentabilidad financiera derivada de las participaciones en la sociedad cooperativa de segundo grado, para el proceso productivo. Al igual que las anteriores se aplica para los diferentes valores de (X).

**RE(X)e:** Es la rentabilidad económica en términos absolutos, de las diferentes cooperativas de base derivada de la actuación conjunta. También se aplica para los diferentes valores de (X).

De esta forma se obtiene:

$$V(DC)(X) = \frac{RE(X) + RE(Sg)(X) + RE(X)f + RE(X)e}{Rf(X) + Rf(X)f}$$

Por tanto:

$$\frac{RE(X) + RE(Sg)(X) + RE(X)f + RE(X)e}{Rf(X) + Rf(X)f} > \frac{RE(X)}{Rf(X)}$$

Despejando se llega a la siguiente conclusión:

$$\frac{RE(Sg)(X) + RE(X)f + RE(X)e}{Rf(X)f} > 0$$

Por tanto, para que el valor de las sociedades cooperativas de base aumente con la integración en una sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, es necesario que la suma de los incrementos de rentabilidad económica en términos absolutos producidos con la concentración superen a los incrementos en la rentabilidad financiera en términos relativos.

El incremento en la rentabilidad económica se produce por la participación en el proceso productivo de la sociedad cooperativa de segundo grado, por la utilización en el citado proceso de la parte correspondiente a la rentabilidad financiera por su participación en la de segundo grado, y por la generada mediante la actuación conjunta de todas las sociedades cooperativas de base en la de segundo grado de la salud. Además, si se tiene en cuenta que el motivo fundamental de constituir la cooperativa de segundo grado de la salud no es la consecución de una rentabilidad financiera, el principal requisito para lograr este aumento de valor es el incremento en la rentabilidad económica de los socios.



## 6. CONCLUSIONES.

Las conclusiones de este trabajo se presentan siguiendo el esquema de bloques desarrollado en el mismo. De esta forma se dedica un apartado a cada uno de los capítulos que forman su estructura básica.

### 1. INTRODUCCION.

1.1.- El derecho a la salud es reconocido por la mayoría de las Constituciones, incluida la española. La salud es el bien máspreciado de la sociedad lo que hace surgir el deseo de conservarla, o recuperarla en caso de que se haya perdido.

1.2.- La prestación de servicios médicos y farmacéuticos constituye el núcleo central para conservar y restablecer la salud de las personas.

1.3.- La actuación de las cooperativas en el ámbito de la sanidad se viene realizando tradicionalmente mediante las entidades sanitarias, en sus diferentes manifestaciones, y a través de las cooperativas de distribución farmacéutica.

1.4.- *La relación entre medicina y farmacia, y por tanto la existente entre la actividad realizada por las sociedades cooperativas citadas, abre una vía de integración en busca de sinergias positivas dentro del sector de la salud en el que la finalidad última de las respectivas actividades es la misma.*

### 2. FUNDAMENTOS.

2.1.- Las sociedades cooperativas del sector de la salud son sociedades, con capital variable y gestión democrática, que asocian a personas, con intereses o necesidades comunes, para desarrollar actividades empresariales relacionadas con la salud.

2.2.- Las características básicas de las sociedades cooperativas son el resultado de la aplicación práctica de los denominados "principios cooperativos". La integración de las cooperativas sanitarias del sector de la salud supone el cumplimiento del sexto de estos principios.

2.3.- Entre las cooperativas del sector de la salud las más destacadas son las de asistencia sanitaria (cooperativas sanitarias de seguros, cooperativas de trabajo asociado y de instalaciones sanitarias u hospitalización) y las farmacéuticas. Sin embargo, no hay que olvidar que existen otras sociedades cooperativas que actúan en el citado sector (cooperativas de ambulancias, de servicios sociales y todas aquellas que agrupen a profesionales relacionados con la salud).

2.4.- Dentro de las sociedades cooperativas sanitarias de seguros, hay que diferenciar entre sociedades cooperativas sanitarias a prima fija y a prima variable.

2.5.- Las cooperativas de asistencia sanitaria tienen su antecedente en los igualatorios, cuya finalidad es la defensa de la imagen profesional y colectiva de los médicos, y del paciente como persona. Inicialmente se ven obligados a adquirir la forma jurídica de sociedad anónima, ya que no se permitía a las sociedades cooperativas la práctica del seguro. El espíritu de sus estatutos ha dado lugar a las actuales cooperativas de asistencia sanitaria.

2.6.- Las cooperativas farmacéuticas tienen su origen en la negativa a aceptar los fines mercantilistas a los que los almacenes de drogas sometían el suministro de medicamentos. Nace así el deseo de lograr que todo el ciclo de la prestación farmacéutica se encuentre en manos de farmacéuticos que, tras defenderse de la presión realizada por las sociedades anónimas, dan lugar a las actuales cooperativas farmacéuticas.

### **3. ENTORNO.**

#### **3.1.- EL MARCO LEGAL.**

3.1.1.- El amplio entramado legislativo en torno a la Salud tiene su reconocimiento en la Constitución de 1978. Esta norma se complementa con numerosas disposiciones de diferente rango entre las que destacan la Ley General de Seguridad Social y la Ley General de Sanidad.

3.1.2.- Las características de las sociedades cooperativas de la salud son producto de los antecedentes normativos de la legislación general española (fundamentalmente las Leyes de cooperativas de 1931, 1942 y 1974 y sus reglamentos), pero sin olvidar la existencia de algunas iniciativas autonómicas en este campo.

3.1.3.- Las principales normas que rigen actualmente a las cooperativas son la Ley General de Cooperativas 3/1987, como texto fundamental en la regulación de estas sociedades, y las leyes de cooperativas de las comunidades autónomas de Andalucía, Navarra, Cataluña, País Vasco y Valencia.

3.1.4.- La Ley General de Cooperativas de 1987 reconoce a las sociedades cooperativas de seguros de asistencia sanitaria dentro de las cooperativas sanitarias. Estas, además, se rigen por la Ley Sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados de 1995.

3.1.5.- La reciente Ley Sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados elimina la posibilidad de formar cooperativas de seguros de trabajo asociado. Sin embargo es posible la existencia de cooperativas de trabajo asociado que, siempre que asocien a personal relacionado con el cuidado de la salud, pueden considerarse como de asistencia sanitaria aunque no estén facultadas para realizar seguros.

3.1.6.- Parte de la legislación autonómica recoge como cooperativas sanitarias a las de instalaciones sanitarias. Estas son recogidas dentro de la Ley General de Cooperativas como cooperativas de hospitalización, dentro del grupo de consumidores y usuarios.

3.1.7.- Las cooperativas farmacéuticas se establecen legalmente, como cooperativas de servicios, acogéndose a la Ley 3/1987. Dado que su función se encuadra dentro de la distribución farmacéutica hay que tener en cuenta la Ley del Medicamento de 1990, el Decreto 2464/1963 y su reglamento dictado en 1964.

## 3.2. EL ENTORNO INSTITUCIONAL

3.2.1.- Los sistemas de salud están formados por las instituciones que financian y proveen sanidad, así como por las relaciones que se producen entre ellas. Tienen una relación directa con las diferentes teorías políticas, incidiendo en el sistema sanitario adoptado según los países y épocas históricas.

3.2.2.- Los sistemas públicos son preferidos en aspectos como la investigación, o la no discriminación de los pacientes, mientras que los privados destacan en la atención personal, y en la reducción de colas de espera.

3.2.3.- Las prestaciones de salud realizadas por entidades públicas se refieren, fundamentalmente, al régimen de Seguridad Social, mientras que la actividad privada puede tener lugar en colaboración con el mismo, o de forma complementaria.

3.2.4.- La actuación privada al margen de la seguridad social se realiza gestionando directamente las prestaciones voluntarias que mejoran las ofrecidas por ésta, o efectuando las mismas prestaciones de una forma totalmente privada.

3.2.5.- Hay que diferenciar entre las entidades aseguradoras, donde se encuentran las sociedades cooperativas sanitarias de seguros, y no aseguradoras, en las que aparecen el resto de sociedades cooperativas del sector de la salud.

3.2.6.- El Estado es el encargado de administrar y gestionar el sistema de Seguridad Social, para lo que crea unos entes públicos, tutelados por él, que se denominan "entidades gestoras".

La gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social es realizada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), en el régimen general de la Seguridad Social, y por las entidades gestoras de los regímenes especiales.

3.2.7.- La Ley General de Sanidad supone un cambio en el sistema de salud español. Este se concibe como el conjunto de los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas y la coordinación general sanitaria ejercida por el Estado.

3.2.8.- En la actuación territorial del INSALUD se puede distinguir entre las comunidades autónomas con competencias transferidas en la gestión del mismo, que crean sus propios servicios de salud, y las comunidades autónomas con competencias transferidas únicamente en salud pública, en las que el INSALUD sigue realizando directamente su actuación hasta que se culmine el proceso de transferencias.

3.2.9.- La Ley General de Sanidad da prioridad en la celebración de conciertos con la Administración, a las entidades privadas sin ánimo de lucro siempre que existan condiciones de eficacia, calidad y costes análogos.

### 3.3. EL MARCO SOCIO-ECONOMICO.

3.3.1.- El entorno socio-económico de las cooperativas de salud, se encuentra vinculado al ciclo salud-enfermedad-salud así como los aspectos liberales de la situación de los médicos, de los farmacéuticos y del resto de profesionales de la salud.

3.3.2.- El funcionamiento de las cooperativas del sector de la salud se pone de manifiesto en una dinámica de relaciones entre los socios (usuarios, de trabajo y trabajadores), los asociados, y otros colectivos y sujetos.

3.3.3.- Para ser socio de una cooperativa es necesario realizar el desembolso de las aportaciones establecidas al capital, y participar en la actividad cooperativizada. Esto las diferencia de las sociedades colectivas y comanditarias, en las que sólo la aportación de trabajo permite lograr la condición de socio, y de las capitalistas, en las que dicha condición se adquiere con la participación en el capital.

3.3.4.- Los socios usuarios y los de trabajo forman las cooperativas de seguros, de instalaciones sanitarias, y farmacéuticas, mientras que los socios trabajadores son el único componente de las de trabajo asociado.

3.3.5.- *La norma general es que el número mínimo de socios sea de cinco para todas las sociedades cooperativas.* Sin embargo, en el caso de las cooperativas sanitarias de seguros, tanto a prima fija como variable, es necesario contar con un mínimo de cincuenta, según se establece en la legislación de seguros. Además, las legislaciones autonómicas catalana y valenciana permiten formar sociedades cooperativas de trabajo asociado sólo con tres socios.

En las sociedades cooperativas de trabajo asociado y de instalaciones sanitarias solamente pueden ser socios personas físicas. En el resto de sociedades cooperativas del sector de la salud también se admiten personas jurídicas.

3.3.6.- En las cooperativas sanitarias a prima fija y variable los socios usuarios o cooperadores son los asegurados para la cobertura de los riesgos relativos a su salud y a la de sus beneficiarios. El aspecto fundamental que diferencia a los socios de los dos tipos de sociedades es la variabilidad de la prima y, fundamentalmente, el momento de su vencimiento.

3.3.7.- Para las cooperativas sanitarias de seguros la condición de socio es inseparable de la de tomador del seguro o asegurado. Cuando no coincidan los anteriores requisitos en una misma persona la condición de socio corresponde al tomador, a no ser que se establezca, de forma expresa en la póliza, al asegurado como tal.

3.3.8.- *En las sociedades cooperativas de instalaciones sanitarias o de hospitalización, los socios usuarios son los destinatarios de la asistencia sanitaria.*

3.3.9.- Los socios usuarios de las cooperativas farmacéuticas, se asocian para la mejora de sus actividades profesionales, fundamentalmente la distribución y suministro de servicios farmacéuticos. Sus principales socios son los doctores o licenciados en farmacia con oficina de farmacia legalmente establecida. Se admite un único socio por cada oficina.

En el caso de fallecimiento de un socio las cooperativas farmacéuticas suelen contener cláusulas estatutarias que permiten, a la viuda o huérfanos del farmacéutico fallecido, mantener la condición de socio siempre que continúen con la oficina de farmacia de acuerdo con la legislación vigente.

3.3.10.- A los socios de las cooperativas sanitarias de trabajo asociado se les denomina socios trabajadores. Estos se asocian para producir en común bienes y servicios relacionados con la asistencia sanitaria destinada a terceros. Su vinculación con la sociedad cooperativa no es a través del típico contrato de trabajo, sino mediante un contrato de sociedad.

Estos socios no son clientes o asegurados, como en el caso de los socios usuarios, sino que prestan su trabajo a la propia cooperativa. Por tanto; como socios tratan de lograr la mayor productividad de su trabajo y, a la vez, como trabajadores buscan maximizar las ventajas sociales.

3.3.11.- La actividad cooperativizada de los socios de trabajo consiste en la prestación de su trabajo personal en la cooperativa, asumiendo el doble papel de asalariados y socios de la cooperativa. Sólo pueden existir en las cooperativas del sector de la salud de primer grado, exceptuando las de trabajo asociado, y en las de segundo o ulterior grado si así lo prevén los Estatutos,

3.3.12.- Las cooperativas farmacéuticas, las de trabajo asociado y las de instalaciones sanitarias siguen la norma general de no responsabilidad personal de los socios por las deudas sociales salvo disposición en contra de los Estatutos sociales. Sin embargo, en las cooperativas sanitarias a prima variable esta responsabilidad es mancomunada, proporcional al importe de los respectivos capitales asegurados y limitada a dicho importe, mientras que en las de prima fija los estatutos sólo pueden limitar la responsabilidad al importe de la prima anualmente pagada.

3.3.13.- El régimen de Seguridad Social aplicable a los diferentes socios de las cooperativas del sector salud hace que los socios de trabajo queden integrados en el régimen general como trabajadores por cuenta ajena, mientras que los socios usuarios no deben ser dados de alta en ninguno de los regímenes.

3.3.14.- Los socios trabajadores no médicos de las sociedades cooperativas de trabajo asociado, tienen la posibilidad de elección entre el régimen por cuenta propia o por cuenta ajena. Por su parte los socios trabajadores médicos no tienen esta alternativa, hasta que no se incluya el colectivo profesional de los Colegios o Asociaciones Profesionales de Médicos en el Sistema de Seguridad Social, por lo que obligatoriamente se les aplica el régimen de autónomos. Sin embargo, el régimen elegido debe afectar a todos los socios trabajadores de la cooperativa.

3.3.15.- Los asociados están obligados a desembolsar la aportación mínima al capital social fijada por los Estatutos o la Asamblea General. Sus aportaciones se acreditan mediante títulos nominativos, reflejados contablemente en cuentas independientes a las de los socios. Su finalidad consiste en potenciar el desarrollo de la cooperativa mediante el estímulo de los recursos propios.

3.3.16.- Los asociados no responden personalmente de las deudas sociales y en caso de disolución y liquidación de una sociedad cooperativa, se reintegrarán sus aportaciones al capital social después de saldar las deudas sociales y justo antes de devolver a los socios sus aportaciones.

3.3.17.- *La relación que vincula a las cooperativas y a los trabajadores asalariados es de carácter laboral. En las cooperativas de asistencia sanitaria de trabajo asociado, su número, con contrato por tiempo indefinido, está limitado al 10% del total de sus socios. Estos disfrutan de una serie de derechos relativos a los beneficios del Fondo de Educación y Promoción, a la participación en el Consejo Rector y en los excedentes disponibles.*

3.3.18.- Las operaciones con terceros son parte de la actividad habitual de las cooperativas de asistencia sanitaria en la modalidad de trabajo asociado, mientras que para las sanitarias de seguros no existe norma o disposición específica al respecto. Por su parte las cooperativas de instalaciones sanitarias pueden prestar servicios hospitalarios a terceros sólo en determinadas circunstancias y siempre teniendo en cuenta las limitaciones estatutarias. Las cooperativas farmacéuticas pueden efectuar su actividad con terceros no socios, siempre que el volumen de éstas no supere el 10% de la actividad cooperativizada realizada con sus socios.

#### **4. ANALISIS DE LOS FLUJOS EN LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD.**

##### **4.1. LOS FLUJOS INFORMATIVO-DECISIONALES.**

4.1.1.- Las sociedades cooperativas del sector de la salud son organizaciones complejas, por lo que sus componentes han de poseer una serie de conocimientos y criterios que, unidos, permiten tomar decisiones ante situaciones concretas.

4.1.2.- La Ley 3/1987 se refiere al derecho de los socios a la información necesaria para el cumplimiento de sus obligaciones y el ejercicio de sus otros derechos. Esta información se fundamenta en el conocimiento de los datos económicos y de la situación de la sociedad cooperativa.

4.1.3.- Las entidades del sector de la salud encajan perfectamente en la organización profesional, ya que la pirámide de jerarquía se invierte. Los profesionales, que forman la base de la misma, tienen un gran margen de autonomía mientras que los directivos se limitan a la gestión de recursos.

4.1.4.- Los órganos de la sociedad cooperativa representan la capacidad de elaborar y manifestar la voluntad de sus socios. De los cuatro órganos sociales previstos en la Ley General de Cooperativas: la Asamblea General, el Consejo Rector, los Interventores y el Comité de Recursos, sólo los tres primeros son obligatorios. Por otra parte, todos estos órganos son colegiados excepto los Interventores.

4.1.5.- La Asamblea General es el órgano que constituye el máximo instrumento de la voluntad social, ya que en él se reúnen todos los socios y, en su caso, los asociados para deliberar y tomar acuerdos. En esta asamblea radica la soberanía de la sociedad cooperativa representando la organización democrática recogida en los principios cooperativos.

Las asambleas generales pueden clasificarse atendiendo a diferentes criterios según las decisiones adoptadas en las mismas (ordinarias o extraordinarias), o según la representación de los socios que las forman (asamblea de socios o de delegados).

4.1.6.- El derecho al voto sigue el principio cooperativo de "un socio un voto". Se permite la delegación del voto, con la limitación de dos representaciones como máximo, de un socio persona física, en otro. No es posible la citada representación por parte de una persona jurídica ni su representante en la asamblea. Este último supuesto no puede darse en las cooperativas sanitarias de Trabajo Asociado ni de instalaciones sanitarias, ya que únicamente están formadas por personas físicas.

4.1.7.- El Consejo Rector es el órgano encargado del gobierno, gestión y representación de la sociedad cooperativa, para lo que está dotado de amplias facultades en aquellas actividades cuya competencia no esté reservada, por la Ley o por los Estatutos, a otros órganos sociales.

4.1.8.- Los interventores constituyen el órgano de fiscalización de la cooperativa. Su función consiste en la censura de las cuentas anuales (Cuenta de Pérdidas y Ganancias, Balance y Memoria Explicativa).

4.1.9.- El Comité de Recursos es un órgano que sólo puede existir en las sociedades cooperativas de primer grado. Su función es la agilización en la tramitación y resolución de los recursos contra las sanciones a los socios o asociados acordadas por el Consejo Rector, que antes de la Ley General de Cooperativas de 1987 sólo podían ser resueltos por la Asamblea General.

4.1.10.- Puede existir un Director de la sociedad cooperativa cuando lo prevean los Estatutos sociales y lo acuerde la Asamblea. Además existe la posibilidad de crear Comisiones, Comités o Consejos con funciones interpretativas, de estudio de propuestas, iniciativas y sugerencias de investigación.



4.1.11.- En las sociedades cooperativas del sector de la salud, hay que distinguir entre las decisiones asistenciales, en manos fundamentalmente del personal sanitario, y las decisiones relacionadas con la gestión societaria, que recaen sobre los órganos de dirección.

Generalmente estas decisiones se encuentran en colectivos diferentes. Sin embargo, en las sociedades cooperativas la doble condición de dueño y trabajador, por parte de sus socios de trabajo (en las cooperativas de seguros de asistencia sanitaria, farmacéuticas y de instalaciones sanitarias), y de los socios trabajadores (en las de trabajo asociado), hace que participen en los dos grupos de decisiones señalados.

Por su parte, los socios usuarios (de las cooperativas de instalaciones sanitarias, de las de seguros y las oficinas de farmacia socias de las cooperativas farmacéuticas), únicamente se ven implicados directamente en la gestión como propietarios. Sin embargo, son ellos mismos los receptores de los servicios de la cooperativa, por lo que su participación en la toma de decisiones también es fundamental en la marcha de cada una de estas entidades.

4.1.12.- La consecución de decisiones en las que participen, no sólo los diferentes socios de una cooperativa sino todos los colectivos que forman estas entidades, constituye uno de los objetivos fundamentales perseguidos mediante el proceso integrador.

## 4.2. EL ESTUDIO DE LOS FLUJOS REALES.

4.2.1.- Los flujos reales, tanto para las cooperativas de asistencia sanitaria como para las de distribución farmacéutica, tienen en común el hecho de que todas se encuentran relacionadas con el cuidado y prevención de la salud.

4.2.2.- Los mercados de provisión de bienes y servicios de salud se caracterizan por la limitada información sobre la calidad de los bienes o servicios consumidos. Además, la demanda de los cuidados es establecida por el personal sanitario, ya que es el facultativo el que determina la cantidad de los servicios que necesita.

4.2.3.- La provisión privada puede realizarse independientemente del método, público o privado, de financiación. La provisión pública implica la creación o adquisición, por parte del sector público, de su propia red asistencial.

4.2.4.- Dentro de los servicios de salud se diferencia entre las prestaciones sanitarias y farmacéuticas, aunque la gran relación entre las mismas permite considerar ambas desde una perspectiva global.

4.2.5.- En el subsector sanitario hay que distinguir diferentes objetos sociales para las sociedades cooperativas incluidas en el mismo. Sin embargo, su actividad empresarial tiene como núcleo fundamental la asistencia sanitaria desarrollada en hospitales, clínicas y otros establecimientos destinados a mejorar o conservar la salud.

4.2.6.- Las cooperativas sanitarias a prima fija y a prima variable, tienen como actividad empresarial la cobertura de sus socios y de los beneficiarios de los mismos, mediante el seguro de asistencia sanitaria incluido por la nueva Ley de Supervisión de Seguros dentro del ramo de enfermedad.

En el seguro de asistencia sanitaria el asegurador asume directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos. La principal diferencia con el seguro de enfermedad es que en el primero el paciente paga al médico o institución sanitaria elegida libremente, y la compañía aseguradora reembolsa posteriormente al paciente un porcentaje de la citada cantidad. Por su parte, en el seguro de asistencia sanitaria el asegurado, en contraprestación por su cuota, puede elegir dentro de un cuadro médico de la compañía sin tener que abonar sus servicios.

4.2.7.- Las cooperativas a prima variable no pueden actuar en más de un ramo de seguros, y siempre fuera del seguro directo de vida, ni en cualquier ramo que implique responsabilidad civil, ni en los seguros de caución y crédito. Además, están obligadas a realizar su actividad y localizar sus riesgos en un ámbito territorial con menos de dos millones de habitantes o en una provincia, a no ser que trate de casos especiales. Estas limitaciones no se aplican a las cooperativas a prima fija.

4.2.8.- Las cooperativas sanitarias de trabajo asociado tienen como objeto fundamental proporcionar a sus socios puestos de trabajo para producir asistencia sanitaria. Los socios son personal sanitario, fundamentalmente médicos, que prestan sus servicios a terceros. Por tanto los usuarios de salud no son socios de la sociedad cooperativa como ocurre con las otras modalidades de asistencia sanitaria.

4.2.9.- Las cooperativas de instalaciones sanitarias tienen como objeto procurar servicios hospitalarios para sus socios y familiares en las mejores condiciones posibles de calidad, información y precio. Pretenden la calidad de servicio para los socios, la participación directa del usuario en la salud, y el establecimiento de un precio justo eliminando intermediarios.

4.2.10.- El producto básico de la asistencia sanitaria es la salud. A las instalaciones sanitarias acuden los pacientes enfermos, cuya mejora constituye el objetivo básico del proceso productivo. La prestación de la asistencia sanitaria es aplicable tanto para las cooperativas de seguros como para las de trabajo asociado, y para las de hospitalización, pudiendo distinguir entre la asistencia primaria, la asistencia hospitalaria y otros servicios.

4.2.11.- La asistencia primaria suele prestarse en las consultas particulares de los profesionales incluidos en el cuadro médico de las sociedades cooperativas. En algunas ocasiones tiene lugar en establecimientos con esta única misión que, por tanto, realizan una tarea similar a la ejecutada en los ambulatorios de la Seguridad Social. Está formada por la asistencia de los médicos de cabecera y de los médicos especialistas.

4.2.12.- Para la asistencia hospitalaria, ya sea en centros propiedad de la sociedad cooperativa o concertados con otras entidades, es necesario la presentación de un informe médico que indique diagnóstico y finalidad de la hospitalización.

4.2.13.- El funcionamiento de las instituciones clínicas lleva implícita una serie de actividades soporte (el aprovisionamiento, el desarrollo tecnológico, la dirección de recursos humanos y la infraestructura de la organización), junto a otras consideradas como primarias (incluye aquellas actividades con contenido sanitario), y otros servicios que no aparecen recogidos en los anteriores grupos (como el servicio de ambulancias).

4.2.14.- Entre los elementos personales implicados en las prestaciones asistenciales pueden citarse los usuarios o pacientes, los proveedores, los profesionales de la salud y los profesionales no sanitarios.

4.2.15.- Los usuarios o pacientes enfermos son los demandantes de los servicios de asistencia sanitaria, convirtiéndose en el componente esencial del producto hospitalario definido por los mismos pacientes con mejor salud. En las cooperativas de seguros y de instalaciones son los socios de la cooperativa, mientras que en las de trabajo asociado son terceros ajenos a las mismas.

4.2.16.- Los profesionales de la salud están integrados por los médicos y el resto del personal sanitario con responsabilidad de decisión en sus respectivos ámbitos. Este personal sanitario es, por un lado, el generador de la demanda de servicios, tratamientos y atenciones hospitalarias, y a la vez el proveedor de parte de estas necesidades.

4.2.17.- Los profesionales no sanitarios están integrados por el personal sin responsabilidad de decisión en materia sanitaria. Sin embargo, sus funciones son necesarias para el buen funcionamiento de cualquier instalación sanitaria. También pueden ser socios de trabajo.

4.2.18.- El número de prestaciones asistenciales y las condiciones en que se realizan las mismas varían de unas a otras cooperativas de asistencia sanitaria, aun teniendo éstas la misma naturaleza. Las mencionadas prestaciones pueden dividirse en ocho apartados (medicina primaria, urgencias, especialidades médicas, especialidades quirúrgicas, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, hospitalización y otros servicios).

4.2.19.- Las sociedades cooperativas presentan una serie de características diferenciadoras con respecto a la sanidad pública y al resto de la sanidad privada. Estas diferencias se integran en dos grupos según su naturaleza como sociedades cooperativas (la independencia en la relación sanitaria, la propiedad de las instalaciones asistenciales y la participación de los socios en la gestión), o según una serie de principios basados en los valores de la medicina tradicional (libre elección de médico y habitación individual con derecho a acompañante).

4.2.20.- La libre elección de médico se extiende tanto al médico de cabecera, como al especialista, dentro de la lista de facultativos incluidos dentro del cuadro médico de la misma. Su puesta en práctica facilita la relación personal entre médico y paciente más allá de la propia enfermedad.

4.2.21.- La relación personalizada entre los profesionales de la salud y el paciente, también se pone de manifiesto con el derecho a una habitación individual en aquellos tratamientos que precisen hospitalización. Además, se ofrece la posibilidad de que un acompañante permanezca con el enfermo, evitando que el paciente se enfrente a su enfermedad en solitario.

4.2.21.- La propiedad de las instalaciones sanitarias por los socios hace que éstas sean vistas como propias, por lo que el comportamiento de los usuarios y profesionales suele encaminarse a procurar su conservación y mejora. Se trata de un elemento más de la calidad en la atención hospitalaria.

4.2.22.- Las sociedades cooperativas incluidas en este sector permiten la participación en la gestión de los principales implicados en la asistencia sanitaria (profesionales de la sanidad y usuarios).

4.2.23.- La distribución farmacéutica surge como consecuencia de la división del trabajo, que produce la separación entre la actividad productiva y la venta al por menor.

4.2.24.- Los almacenes farmacéuticos actúan como mediadores entre la industria y las oficinas de farmacia, encuadrándose dentro del subsector de distribución. Hay que diferenciar, en función de su capital, a los almacenes propiedad de los farmacéuticos, entre los que se encuentran las sociedades cooperativas de distribución farmacéutica, de aquellos cuyo capital se encuentra en otras manos.

4.2.24.- Los hospitales con servicio de farmacia autorizado, o las entidades dedicadas a la exportación pueden comprar sus productos directamente a la industria farmacéutica, o utilizar los servicios de un almacén farmacéutico en cualquiera de sus manifestaciones.

4.2.25.- La principal actividad de las sociedades cooperativas farmacéuticas consiste en la adquisición, transporte y distribución, sin ánimo especulativo, de especialidades farmacéuticas y cuantos artículos se relacionen con la profesión farmacéutica. Además, pueden realizar otras actividades como promover el perfeccionamiento profesional y social de sus socios.

4.2.26.- La distribución de especialidades farmacéuticas y otros productos relacionados con la profesión farmacéutica tiene una serie de características específicas. Estas son determinadas por la naturaleza de los productos, por las garantías técnicas y por las instalaciones exigidas.

4.2.27.- Teniendo en cuenta la naturaleza de los productos las cooperativas farmacéuticas se encuentran facultadas para la distribución de medicamentos en sus distintas manifestaciones (especialidad farmacéutica, fórmula magistral, fórmula oficial o medicamento prefabricado), además de otros productos (parafarmacia, dietética y herboristería o productos químicos).

4.2.28.- La distribución mediante las sociedades cooperativas farmacéuticas permite el logro de una mayor eficacia y rapidez en la distribución, la regularidad en el ritmo de producción de los laboratorios, la circulación de flujos de información y la disminución del número de productos en almacén de las oficinas de farmacia.

#### 4.3. EL ESTUDIO DE LOS FLUJOS FINANCIEROS.

4.3. 1.- La financiación del sector de la salud tiene una gran importancia si se tiene en cuenta el previsible crecimiento de los gastos motivados por la universalización del derecho de asistencia sanitaria, la ampliación de las prestaciones, el envejecimiento progresivo de la población, el alto coste de las nuevas tecnologías y la mejora de la calidad asistencial.

4.3.2.- La financiación privada se realiza mediante dos procedimientos fundamentales; las contribuciones por acto recibido, y las primas para cubrir posibles gastos de salud.

4.3.3.- El sistema financiero de la sanidad pública española tiene un carácter mixto. En el mismo se utilizan aportaciones estatales vía presupuestos, con fines principalmente asistenciales, y aportaciones por cotización social dirigidas fundamentalmente a prestaciones contributivas. La actual tendencia consiste en incrementar la importancia porcentual de la primera con respecto al resto.

4.3.4.- Las Comunidades Autónomas que tienen transferida la gestión del INSALUD se financian, en materia de sanidad, mediante las normas establecidas en la propia Ley General de Sanidad, mientras el resto de comunidades lo hacen según la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA).

4.3.5.- El crecimiento del gasto en salud ha hecho surgir una serie de sistemas cuyo objetivo es realizar un control del mismo, y una asignación eficiente. Los sistemas de control del gasto pueden agruparse, según actúen sobre la demanda o sobre la oferta de salud.

4.3.6.- En las sociedades cooperativas, con carácter general, el ejercicio económico coincide con el año natural, salvo disposición en contra de los Estatutos Societarios. Esta potestad decisoria no se aplica para las cooperativas sanitarias de seguros, ya que la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado y el Reglamento de Seguros establecen la necesaria coincidencia del ejercicio económico y el año natural.

4.3.7.- Mientras en las empresas capitalistas convencionales se habla de "beneficios y pérdidas", en las sociedades cooperativas estos conceptos son denominados como "excedentes y pérdidas". El motivo fundamental de la mencionada diferencia es la tradicional identificación del concepto de beneficio con el de lucro. Sin embargo, la sociedad cooperativa, como empresa, comparte los objetivos financieros de la sociedad capitalista convencional, en términos de rentabilidad y de beneficio, o si se quiere de excedente.

En todo caso, la ausencia de fin de lucro se interpreta como la distribución de los resultados económicos de forma que ningún socio obtenga ganancias a expensas de otros, lo que no impide la posibilidad de conseguir excedentes positivos.

4.3.8.- En las sociedades cooperativas del sector de la salud hay que diferenciar tres tipos de excedentes según la naturaleza de las operaciones que lo producen y de los sujetos implicados en las mismas (ordinarios con los socios, ordinarios con terceros y extraordinarios).

4.3.9.- El excedente, sea del tipo que sea, está formado por la diferencia entre los correspondientes ingresos y gastos, periodificados según los principios y normas contables.

4.3.10.- Los excedentes extraordinario y ordinario de operaciones con terceros se destinan íntegramente al Fondo de Reserva Obligatorio, cuyo carácter irrepartible confiere un efecto desincentivador a operaciones podrían resultar interesantes para la sociedad.

4.3.11.- El excedente ordinario de operaciones con los socios se distribuye según el acuerdo de la Asamblea General, mediante el descuento de los impuestos, se calcula el excedente neto, y tras la dotación de los fondos obligatorios, se obtienen el excedente disponible.

4.3.12.- La imputación del 30% del excedente positivo neto a los diferentes fondos obligatorios es realizada, por todos los socios, de forma independiente a la actividad desarrollada.

Sin embargo, si los excedentes fueran distribuidos lo serían en función de su contribución al proceso productivo. Por tanto, dada la irrepartibilidad de estos fondos, los socios que más aportan al proceso productivo contribuyen en mayor cuantía a la consolidación financiera de la sociedad cooperativa. A pesar de esta penalización estos socios también se benefician por el aumento de la solvencia de la cooperativa.

4.3.13.- El 70% del excedente neto constituye el excedente disponible, cuya aplicación puede destinarse al retorno cooperativo, a dotar el Fondo de Reserva obligatorio y/o el Fondo de Educación y Promoción, o a la participación del personal asalariado en los excedentes disponibles.

4.3.14.- *La actividad cooperativizada de los socios que forman las sociedades cooperativas del sector de la salud puede retribuirse de forma anticipada, vía precios o anticipos laborales, o mediante los retornos cooperativos.*

4.3.15.- La retribución anticipada se efectúa a través de dos vías diferentes según la naturaleza de los socios que integran las sociedades cooperativas del sector de la salud.

A) Mediante precios reducidos en las prestaciones realizadas a los socios usuarios de las cooperativas de instalaciones sanitarias, de las farmacéuticas, y de las de seguros a prima fija o variable.

B) Mediante anticipos laborales abonados por las sociedades cooperativas anteriores, a sus socios de trabajo y a los socios trabajadores de las cooperativas sanitarias de trabajo asociado.

4.3.16.- La retribución mediante retornos cooperativos compensa al socio usuario por haber adquirido servicios de la sociedad cooperativa a precios superiores a los que corresponde para que el excedente de la misma sea cero. Los citados retornos compensan a los socios trabajadores y de trabajo por haber recibido una cantidad por su trabajo cooperativizado inferior a la que les corresponde para que el excedente sea cero.

4.3.17.- Los Estatutos, o en su defecto la Asamblea General, deben decidir la modalidad para hacer efectivo el retorno cooperativo, pudiendo optar entre repartirlo, incrementar las aportaciones de los socios o destinarlo a un fondo especial regulado por la Asamblea General.

4.3.18.- Las cooperativas sanitarias de seguros, independientemente de su clase, no pueden distribuir retornos durante los tres primeros ejercicios completos de actividad. Los excedentes obtenidos durante este periodo deben integrarse obligatoriamente en el capital social de las cooperativas, con lo que se dota a estas entidades de mayor solvencia en los primeros años de actividad.

4.3.19.- La imputación de excedentes negativos extraordinarios y ordinarios por operaciones con terceros se realiza, siempre que se pueda, con cargo al Fondo de Reserva Obligatorio. La cuantía superior al mencionado fondo se lleva a una Cuenta Especial para Amortización de Pérdidas. El destino final de todas estas pérdidas es el Fondo de Reserva Obligatorio, ya que esta cuenta se imputa al citado fondo.

4.3.20.- La imputación de los excedentes negativos por operaciones con los socios se realiza con cargo al Fondo de Reserva obligatorio, al Fondo de Reserva Voluntario, y a los socios. Dado que esta imputación se lleva a cabo según la actividad realizada por cada socio en el proceso productivo de la sociedad cooperativa, los socios cuya actividad es menor son menos penalizados que el resto.

4.3.21.- La estructura financiera las sociedades cooperativas del sector de la salud tiene una importancia vital, ya que de ella depende, en gran medida, la obtención de créditos y de una posición de credibilidad con proveedores y clientes.

4.3.22.- El capital social en las sociedades cooperativas de la salud es variable, en respuesta al principio de puerta abierta. Está constituido por las aportaciones voluntarias y obligatorias, de socios y asociados. Tiene un carácter de explotación que para las cooperativas sanitarias a prima fija y a prima variable se complementa con el de garantía, por su condición de entidades aseguradoras. Para reducir la dependencia de la sociedad cooperativa respecto a la posibilidad de la descapitalización por bajas, en las sociedades cooperativas de primer grado la aportación de cada socio no puede superar el 25% del capital social.



4.3.23.- La existencia de unas cantidades mínimas de capital inicial sólo afecta a las cooperativas sanitarias de seguros, mientras que a las restantes únicamente se les exige que esté totalmente desembolsado. La cantidad mínima fijada, por la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado de 1995, para las cooperativas a prima variable es de 50 millones, mientras que para las de prima fija es de 350 millones.

Las cooperativas a prima fija son las únicas que pueden no tener totalmente desembolsado su capital mínimo inicial, ya que sólo se les exige el 50% del mismo.

En las dos modalidades de cooperativas de seguros, si su actividad se limita a la práctica del seguro de asistencia sanitaria, y su ámbito de aplicación tiene menos de dos millones de habitantes, únicamente será necesaria la mitad del capital mencionado. Esta medida tiene especial importancia para las cooperativas a prima variable ya que, dadas las limitaciones que se le imponen, sólo necesitan cumplir la última condición citada para poder beneficiarse de la reducción en su capital mínimo obligatorio.

4.3.24.- La cuantía de las aportaciones obligatorias al capital debe ser determinada por la Asamblea General independientemente de que sean realizadas por socios o asociados. Sin embargo, para los nuevos socios se establecen unos límites entre los que debe ser estipulada.

En la determinación de la cantidad mínima a desembolsar se deja libertad a la Asamblea General, pero se determina como mínimo el 25% para las aportaciones iniciales de los promotores. El paralelismo entre las aportaciones obligatorias de socios y asociados, sólo queda distorsionado por la posibilidad de que los Estatutos compartan con la Asamblea General, la opción de fijar la cantidad y las condiciones de desembolso para las aportaciones de los últimos, y por el hecho de que no es posible forzarlos a realizar nuevas aportaciones obligatorias.

4.3.25.- La cuantía de las aportaciones voluntarias, sigue en manos de la Asamblea General, aunque en el caso de los socios también puede establecerse por el Consejo Rector. Además, queda limitada para los asociados por la cantidad de las aportaciones totales al capital social de los socios, con lo que se pretende evitar grupos de poder en manos de no socios. La cantidad desembolsada, para todas las aportaciones voluntarias, debe ser del 100%, rompiendo la flexibilidad que existe en la determinación de las aportaciones obligatorias y confiriendo a las sociedades cooperativas una importante vía de liquidez.

4.3.26.- La opción de actualizar el valor de las aportaciones al capital social de las cooperativas del sector de la salud tiene su origen en la regularización de balances, presentando una serie de particularidades en cuanto a su destino, según la existencia o no de pérdidas reflejadas en la Cuenta Especial para Amortización de Pérdidas.

La única posibilidad de capitalización es que la sociedad cooperativa no tenga pérdidas acumuladas en la Cuenta Especial para Amortización de Pérdidas, ya que en caso de que la citada cuenta presente un saldo nulo la actualización de aportaciones nace del 50% del saldo de la regularización de balances. Si se mantiene el valor nulo de la Cuenta Especial para Amortización de Pérdidas es posible acumular, un máximo de cinco ejercicios, el saldo la actualización de aportaciones o destinar el mismo a la capitalización. Sin embargo, en el momento en el que la Cuenta Especial para Amortización de Pérdidas ofrezca un valor positivo el importe acumulado en la actualización de aportaciones y el saldo de ese ejercicio de la regularización de balances son transferidos al Fondo de Reserva Obligatorio hasta que éste sea suficiente para compensar la Cuenta Especial para Amortización de Pérdidas.

4.3.27.- Como norma general, la transmisión de las aportaciones de los socios al capital social por actos "inter vivos", únicamente puede realizarse a otros socios, o, excepcionalmente en caso de baja obligatoria justificada, a su cónyuge, ascendientes o descendientes si los últimos son socios o adquieren esta condición en el plazo de tres meses. Sin embargo, para los asociados no es posible la transmisión al último grupo citado, aunque si se puede efectuar a otros asociados o a socios de la cooperativa.

4.3.28.- En el caso de sucesión "mortis causa" ocurre algo similar, ya que mientras los derechohabientes de los socios pueden ser los beneficiarios, si son socios o adquieren esa condición en el plazo fijado, la gama de destinatarios de los asociados incluye también a los asociados, o a los que adquieran esta condición en el mismo plazo. La diferenciación que existe en el tratamiento de las transmisiones patrimoniales según la condición del transmisor, busca atraer a los asociados como fuente de ingresos adicional.

4.3.29.- Mientras el reembolso de las aportaciones voluntarias se realiza de forma íntegra tanto, para socios como para asociados, no ocurre lo mismo con las aportaciones obligatorias.

En las aportaciones obligatorias a los asociados no se les puede efectuar ningún tipo de descuento, mientras que el reembolso de los socios queda mermado por la posible imputación de pérdidas, y condicionado por la causa que produce su baja de la cooperativa. Estos descuentos tienen como objetivo la protección patrimonial de la empresa, aunque supongan la relajación del principio cooperativo de puerta abierta.

4.3.30.- Mientras que la determinación del interés que reciben socios y asociados por sus aportaciones voluntarias al capital social se fija por el acuerdo de emisión, en las aportaciones obligatorias se sigue diferente criterio entre unas y otras. Así, para los asociados se mantiene el criterio de las aportaciones voluntarias, mientras que los socios están sujetos a lo establecido por los Estatutos o en su caso la Asamblea General.

Para compensar a los asociados, por la rentabilidad limitada que consiguen por sus aportaciones al capital social, el tipo de interés máximo de estas aportaciones debe ser superior al de los socios, aunque el límite máximo son dos puntos sobre la cifra tope fijada para estos últimos.

4.3.31.- Los conceptos económicos que no integran el capital social constituyen una vía de recursos procedentes tanto de los socios como del resto de los inversores. Estos conceptos pueden agruparse en prestaciones y financiación voluntaria a cargo de los socios y emisión de obligaciones.

4.3.32.- La financiación voluntaria por los socios se realiza mediante préstamos voluntarios, en las condiciones y plazos que se establezcan en el acuerdo de formalización. Dado que no existe ninguna limitación al respecto la sociedad cooperativa puede fijar un interés competitivo con el del mercado con el fin de atraer el ahorro de sus propios socios.

4.3.33.- La emisión de obligaciones se ajusta a lo dispuesto en la legislación vigente y será objeto de inscripción en el Registro de Cooperativas. Esta posibilidad se ofrece tanto para socios como para el resto de inversores potenciales del mercado, por lo que la opción de fijar unas condiciones competitivas se amplían a terceros no socios. Además, este procedimiento de financiación no tiene un tope máximo de participación en la emisión de las mismas a diferencia de las aportaciones al capital social.

4.3.34.- Las sociedades cooperativas pueden dotar cuatro fondos, dos de ellos con carácter necesario (el *Obligatorio* y el *de Educación y Promoción*), y los otros dos *potestativos* (el *de Reserva Voluntaria* y un fondo sin nombre específico para acumular el retorno de los socios).

4.3.35.- La función del Fondo de Reserva Obligatorio es la de consolidar la solvencia financiera de la sociedad, lo que queda patente con su irrepartibilidad entre los socios, aún en caso de disolución. Cuanto mayor es el Fondo de Reserva Obligatorio, en relación a las deudas de la empresa, ésta es más sólida, beneficiando a los socios que lo han constituido.

4.3.36.- Por la función del Fondo de Reserva Obligatorio en el seno de la sociedad cooperativa, éste puede equipararse a las reservas obligatorias de las empresas capitalistas convencionales, pero mientras que el socio de una de estas entidades puede recuperar su inversión, vendiendo sus acciones, sin descapitalizar la empresa, no sucede lo mismo para el socio de una sociedad cooperativa. En este caso la transmisión de la titularidad queda reducida a casos muy específicos, lo que dificulta la recuperación de las reservas.

4.3.37.- El aumento de la solvencia financiera de la sociedad cooperativa también es la finalidad del irrepartible Fondo de Reserva Voluntario, por lo que puede considerarse un complemento del Fondo de Reserva Obligatorio.

4.3.38.- Como sustituto del Fondo de Educación y Obras sociales, el Fondo de Educación y Promoción se constituye periódicamente. Sólo puede destinarse a actividades relacionadas con la formación y educación de los socios trabajadores, la promoción cultural y profesional del entorno y de las relaciones intercooperativas.

4.3.39.- El hecho de que la dotación al Fondo de Educación y Promoción se realice siempre después de haber dotado adecuadamente el Fondo de Reserva Obligatorio, hace prever una limitada atención a estas funciones, motivada por la intención de lograr una mayor solvencia económica de la cooperativa mediante el Fondo de Reserva Obligatorio.

4.3.40.- Las cooperativas sanitarias de seguros deben tener en cuenta las normas relativas a las garantías financieras incluidas en la legislación de seguros. Estas normas, en espera de ser reglamentadas, se refieren a la formación de una serie de fondos financieros (provisiones técnicas, margen de solvencia y fondo de garantía).

4.3.41.- Las Provisiones Técnicas reemplazan a las reservas técnicas garantizando el cumplimiento de las obligaciones con los asegurados. Hasta que se produzca su nueva reglamentación dichas provisiones se encuentran en el Reglamento de Ordenación del Seguro Privado, donde se determina la obligación de que las entidades aseguradoras calculen y contabilicen provisiones técnicas matemáticas, de riesgos en curso, para prestaciones o siniestros pendientes de liquidación o pendientes de pago, para siniestros pendientes de declaración, de desviación de siniestralidad y para primas pendientes de cobro.

4.3.42.- El margen de solvencia constituye un patrimonio propio de las entidades aseguradoras, no sujeto a ninguna obligación. Su cuantía mínima se determina por la mayor de las cantidades que resulte de aplicar un porcentaje, que para las sociedades cooperativas de seguros se reduce en dos tercios con respecto a la norma general, al importe anual de las primas o cuotas, o a la siniestralidad de los tres últimos ejercicios sociales.

4.3.43.- La financiación de este fondo obliga a realizar aportaciones suplementarias a los socios o al aumento de las primas, mediante el recargo para excedente, lo que constituye un freno a la expansión del seguro. Además, para que el citado patrimonio mantenga su valor en términos reales es necesario obtener una rentabilidad mínima.

4.3.44.- El fondo de garantía se constituye con el fin de que el citado margen de solvencia no sea inferior a un determinado mínimo, independientemente del volumen de operaciones. Su cuantía es la tercera parte del margen de solvencia. La Ley de Supervisión y Ordenación del Seguro Privado de 1995 ha variado el criterio para medir la cuantía mínima del mencionado fondo determinándolo en función del contravalor en pesetas de diferentes cantidades de ecus, según el ramo.

Para las entidades que realizan el seguro de asistencia sanitaria, la mencionada cuantía es de 200.000 ecus. Sin embargo, en el caso de las sociedades cooperativas, esta cantidad se reduce a 150.000 ecus. En el Reglamento de 1985 se establecía una reducción a la mitad de estas cantidades mínimas cuando las sociedades cooperativas actuaran sólo en el ramo de asistencia sanitaria y limitaran su actividad a un ámbito territorial menor de dos millones de habitantes. La Ley 30/1995 no hace ninguna referencia a esta reducción por lo que será necesario esperar a su desarrollo reglamentario.

4.3.45.- La prima del socio determina el pago realizado por los usuarios de salud a la cooperativa. En las cooperativas de asistencia sanitaria que actúan fuera del sector asegurador, la mencionada prima es sustituida por la cantidad que paguen los usuarios de salud por hacer uso de la asistencia sanitaria.

4.3.46.- La prima es un elemento clave para distinguir entre las cooperativas a prima fija y a prima variable. Esta diferencia no se debe a la cuantía, fija o variable, de la cuota pagada, sino a que mientras en la cooperativa a prima fija la prima vence mayoritariamente por anticipado, en la cooperativa a prima variable lo hace fundamentalmente al término del período.

4.3.47.- Las tarifas de las primas constituyen variables de decisión básicas cuya cuantificación debe responder al régimen de libertad de competencia en el mercado de seguros, respetando los principios basados en la técnica aseguradora, y permitiendo satisfacer las obligaciones derivadas de los contratos de seguro. Se fundamentan en bases técnicas y en información estadística, según los factores de riesgo y la clase de riesgo asegurado.

4.3.48.- Entre las primas contenidas en los seguros diferentes al de vida las cooperativas a prima fija y variable, al no perseguir ánimo de lucro, no pueden incluir el recargo por beneficio. Además, en las cooperativas a prima variable la imposibilidad de utilizar servicios de mediación reduce los recargos de gestión, entre los que se integran los que tienen por objeto cubrir los gastos de administración, de adquisición y de mantenimiento de negocio.

Se trata de lograr tarifas equitativas y suficientes de manera que se salvaguarde la solvencia de la entidad, y con ello los intereses de los asegurados, a la vez que se consiga una situación competitiva dentro del mercado del seguro de asistencia sanitaria.

4.3.49.- Aunque no existe ninguna norma que determine la forma de pago de las cooperativas a los médicos, uno de los principios básicos de la asistencia sanitaria mediante sociedades cooperativas, al menos de sus principales representantes, es el pago por acto profesional realizado.

Esta característica tiene importantes implicaciones económicas ya que determina la retribución de sus cuadros médicos. El mencionado pago corre a cargo de la cooperativa, ya que el paciente realiza su aportación dineraria a través de la prima de seguros o de su equivalente en las restantes cooperativas de asistencia sanitaria.

4.3.50.- Por lo que respecta a la relación entre médico y cooperativa, el pago por acto médico retribuye al profesional libre, que sabe que cuanto más y mejor trabaje, mayor retribución recibe de la cooperativa. Además, se eliminan intermediarios entre el paciente y médico con lo que es posible ofrecer unos precios competitivos sin reducir la calidad del servicio.

4.3.51.- El sistema de pago por acto profesional realizado se contrapone al denominado como coeficiente caputivo, en el que la cifra mensual recibida depende del número de familias asignadas a cada facultativo. Este método conlleva grandes problemas cuando la mencionada cantidad de familias se determina sin tener en cuenta las preferencias de los usuarios de salud. Con el sistema del pago por acto profesional realizado se evita que los médicos que atienden peor a los enfermos reciban salarios iguales o superiores a los que atienden mejor, y además aquellos tienen menor trabajo porque los pacientes no acuden a sus consultas.

4.3.52.- La introducción de los almacenes mayoristas en el proceso de distribución farmacéutico supone un aumento del precio de los productos distribuidos, que afecta tanto a los laboratorios como a las oficinas de farmacia. Este inconveniente es superado por las ventajas derivadas de la citada distribución.

4.3.53.- La actuación de las cooperativas de distribución farmacéutica presenta una serie de características económico-financieras que se aplican a todos los almacenes mayoristas del subsector farmacéutico, ya que son debidas a la actividad realizada por las mismas, y otras que son privativas de la fórmula cooperativa.

4.3.54.- Entre las características aplicables a todos distribuidores farmacéuticos se encuentran la reducción en gastos de investigación de mercados, motivada por la llegada directa de los pedidos de los mayoristas, y la eliminación de costes fijos al reducir el número de pedidos a los laboratorios.

4.3.55.- La función crediticia permite a los laboratorios recuperar los costes de su producción sin tener que esperar a que los productos farmacéuticos lleguen al consumidor. En el caso de las oficinas de farmacia, las sociedades cooperativas soportan la diferencia entre el plazo de pago a los laboratorios, y el que tarda la Seguridad Social en hacer efectivo el abono de los medicamentos adquiridos por sus asegurados en las oficinas de farmacia (generalmente mucho mayor). Esta función adquiere gran importancia, dado que casi la totalidad de la población está cubierta por servicios de asistencia pública.

4.3.56.- Una distribución rápida, frecuente y eficaz, por parte de las cooperativas de distribución, permite a las farmacias socios reducir las existencias y con ello evitar la pérdida del coste de mantenimiento de la gran diversidad de formatos en almacén. Además, se elimina el coste de oportunidad de tener una serie de recursos inmovilizados, con los que se podría lograr una rentabilidad adicional.

4.3.57.- Las principales características económicas en el funcionamiento de las cooperativas de distribución farmacéutica, que las diferencian del resto de almacenes mayoristas, son la reducción del margen de beneficio, y las consecuencias económicas derivadas de la igualdad de servicio.

4.3.58.- El precio de los medicamentos se encuentra sometido al control administrativo fijando el beneficio del almacén en el 12% del precio de venta al farmacéutico, lo que equivale al 8,4% del precio de Venta al público, excluido el Impuesto sobre el Valor Añadido. Generalmente las cooperativas farmacéuticas reducen este 8,4%, de manera que sus socios adquieren los productos más baratos.

Además, la parte del margen que se queda en poder de la sociedad cooperativa sigue siendo de los farmacéuticos, ya que éstos son sus socios. Esta reducción del margen comercial ha obligado al resto de almacenes mayoristas a utilizar medidas similares para no perder su cuota de mercado.

4.3.59.- Generalmente los almacenes mayoristas hacen una serie de descuentos a las oficinas de farmacia por diferentes motivos, como los realizados por efectuar los pedidos mediante terminal de ordenador, por la hora en que se realiza el pedido, por el número de veces al día que se reciben pedidos, por el volumen de ventas totales o por el número de unidades de un mismo producto solicitadas.

Las cooperativas farmacéuticas pueden ofrecer a sus socios estos descuentos, sin embargo al aplicar la denominada igualdad de servicio el precio de los repartos y servicios se fija en función de la distancia y ruta, pero no de la cuantía del pedido. De esta forma se manifiesta el espíritu cooperativo para favorecer a los socios farmacéuticos más pequeños, que consiguen el mismo precio por una menor cantidad.

4.3.60.- El actual régimen tributario de las sociedades cooperativas viene determinado por dos normas fundamentales la Ley 20/1990 sobre el régimen fiscal de las sociedades cooperativas y la Ley Foral de Navarra 9/1994 sobre el régimen fiscal de las cooperativas incluidas en su ámbito de aplicación, cuyo contenido es prácticamente idéntico al de la norma estatal.

4.3.61.- Desde el punto de vista fiscal las sociedades cooperativas se pueden clasificar en cooperativas no protegidas, cooperativas fiscalmente protegidas y cooperativas especialmente protegidas. Los beneficios de la protección en su primer nivel pueden ser alcanzados por cualquiera de las sociedades cooperativas del sector de salud. Sin embargo, las sociedades cooperativas farmacéuticas y las de seguros no pueden acceder a las ventajas de las sociedades cooperativas especialmente protegidas.

4.3.62.- Las cooperativas sanitarias de trabajo asociado pueden acceder al segundo grado de protección dado que sus socios son médicos que realizan la prestación de su trabajo como facultativos a terceros, y que siguen el principio de medicina social. Estas características permiten cumplir las condiciones de asociación y limitación de retribuciones exigidas.

4.3.63.- Las cooperativas de instalaciones sanitarias también tienen la posibilidad de alcanzar la protección fiscal especial ya que sus prestaciones se encuentran exentas del Impuesto sobre el Valor Añadido. Por tanto únicamente es necesario cumplir las limitaciones en cuanto a las prestaciones a terceros y a las retribuciones de los socios de trabajo.

4.3.64.- Dentro de los gastos generales deducibles de la base imponible del Impuesto sobre la Renta de Sociedades únicamente las sociedades cooperativas protegidas y especialmente protegidas tienen libertad para amortizar los elementos nuevos adquiridos en el plazo de tres años a partir de su inscripción, ya sea en el Registro de Cooperativas y Sociedades Anónimas Laborales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, o, en su caso, en el de las Comunidades Autónomas.

4.3.65.- El 50% de la parte de los rendimientos cooperativos y extracooperativos que se destine obligatoriamente al Fondo de Reserva Obligatorio, minora la base imponible del Impuesto sobre la Renta de Sociedades. Esta deducción tiene especial importancia en los resultados extracooperativos, ya que el destino íntegro de los mismos es el Fondo de Reserva Obligatorio, mientras que la parte de los resultados cooperativos destinados al citado fondo es porcentualmente más limitada.



4.3.66.- En la aplicación del tipo de gravamen las sociedades cooperativas no protegidas no obtienen ningún beneficio con respecto al resto de sociedades, ya que se les aplica el tipo de gravamen general del 35%. Sin embargo, para las sociedades cooperativas protegidas y las especialmente protegidas, se reduce de un 35% a un 20% el tipo aplicable únicamente a los resultados cooperativos. La citada reducción afecta a los dos niveles de protección, por lo que ambas reciben el mismo tratamiento fiscal a la hora de determinar el tipo impositivo.

4.3.67.- Si al aplicar a las bases imponibles los tipos que correspondan, se obtiene un resultado negativo, éste puede compensarse con cuotas íntegras positivas de los siete años siguientes y consecutivos. Este procedimiento sustituye al incluido en el Impuesto sobre Sociedades, que permite la compensación de bases imponibles negativas antes de aplicar el tipo impositivo. El motivo de la mencionada diferencia es la posibilidad de las sociedades cooperativas, de aplicar diferentes tipos impositivos en función del origen de la base imponible.

4.3.68.- La modificación esencial en el tratamiento fiscal de las sociedades cooperativas protegidas y especialmente protegidas en el IRS, consiste en que éstas últimas se benefician de una bonificación del 50% en el importe de la cuota íntegra. Esta bonificación se aplica tanto a los resultados cooperativos como a los extracooperativos. Con ello se benefician las cooperativas sanitarias de trabajo asociado ya que su actividad se realiza, en su mayor parte, con terceros no socios.

Como beneficio aplicable a todas las sociedades cooperativas en el Impuesto sobre el Valor Añadido, los servicios prestados a las mismas por sus socios no están sujetos este tributo. Sin embargo, otros aspectos de la aplicación del dependen de las sociedades cooperativas del sector de la salud.

4.3.69.- Mientras que todas las operaciones de seguros de asistencia sanitaria están exentas del Impuesto sobre el Valor Añadido, en la prestación de servicios médicos la exención sólo afecta a las realizadas por entidades colaboradoras de la Seguridad Social y a la asistencia a personas físicas por médicos o personal sanitario.

4.3.70.- Las exenciones en este tributo son, generalmente, una sanción para el sujeto pasivo del impuesto, ya que no permite deducirse el Impuesto sobre el Valor Añadido soportado. Sin embargo, al situarse la exención en la fase inmediatamente anterior a la prestación del servicio al consumidor, las cooperativas de asistencia sanitaria tienen la posibilidad de, manteniendo el margen de beneficio, realizar seguros o prestaciones más baratos que en el caso de que la operación esté sujeta.

4.3.71.- La entrega de los productos farmacéuticos a las oficinas de farmacia realizada por las sociedades cooperativas, se encuentra sujeta al Impuesto sobre el Valor Añadido. El tratamiento especial de las cooperativas de distribución farmacéutica en este impuesto se debe a la naturaleza de los productos objeto de distribución, hasta el punto que se exige a las especialidades farmacéuticas que indiquen en su cartón el precio de venta al público y el mismo precio incluido el Impuesto sobre el Valor Añadido.

4.3.72.- La normalización europea del Impuesto sobre el Valor Añadido ha llevado a un reciente ajuste de los tipos del citado impuesto, mediante la Ley de aprobación de los Presupuestos Generales del Estado para 1995, que establece tipos impositivos que van desde el 4%, como en el caso de las especialidades farmacéuticas, hasta el 16%. De todas formas la actuación de las sociedades cooperativas farmacéuticas es de simple recaudadora del Impuesto sobre el Valor Añadido.

4.3.73.- Además, las sociedades cooperativas protegidas y especialmente protegidas, gozan de una serie de ventajas fiscales en otros tributos como el Impuesto Sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, el Impuesto sobre Actividades Económicas y el Impuesto General sobre el Tráfico de Empresas.

4.3.74.- El régimen fiscal de las sociedades cooperativas del sector de la salud implica a los socios y asociados de las mismas, principalmente en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, en el Impuesto sobre la Renta de Sociedades cuando los socios sean sociedades, y en el Impuesto sobre el Valor Añadido.

4.3.75.- En el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, el sujeto pasivo de este impuesto sea socio de una cooperativa tiene derecho a la doble deducción por dividendos por los retornos cooperativos. Esta deducción es del 10% en el caso general, y del 5% si se trata de una sociedad cooperativa especialmente protegida que haya aplicado la bonificación del 50% de la cuota.

4.3.76.- Cuando el socio de una cooperativa esté sujeto al Impuesto de Sociedades no es posible realizar la deducción por doble imposición, ya que las únicas que pueden ser especialmente protegidas (sanitarias de trabajo asociado y de instalaciones sanitarias), sólo pueden tener como socios a personas físicas.

4.3.77.- La exención de las operaciones de seguro de asistencia sanitaria, hace que los socios asegurados de las cooperativas sanitarias a prima fija o variable, no soporten el Impuesto sobre el Valor Añadido en sus primas. No ocurre lo mismo con los socios de las de trabajo asociado, para los que la exención de este impuesto significa la imposibilidad de descontar el Impuesto sobre el Valor Añadido soportado. Por su parte los socios farmacéuticos, son meros recaudadores del impuesto.

## **5. EL ENFOQUE INTEGRADOR EN EL SECTOR DE LA SALUD.**

### **5.1. LA CONCENTRACION ECONOMICO EMPRESARIAL.**

5.1.1.- La concentración económica es un concepto amplio del que la concentración empresarial es su principal manifestación, y cuyos aspectos más destacados son el crecimiento interno, el crecimiento externo, y las asociaciones o agrupaciones empresariales.

5.1.2.- Las causas que mueven a las empresas a buscar la concentración económico empresarial se encuentran fundamentalmente en las economías operativas o de gestión, en facilitar el acceso al mercado de capitales, en razones fiscales, y en la diversificación y reducción de riesgos.

5.1.3.- Las consecuencias de la integración se manifiestan en la consecución de sinergias, en el logro de una mayor capacidad para influir en el mercado, y en la reducción del número de decisores del mercado.

### **5.2. LOS PROCESOS DE CONCENTRACION EMPRESARIAL EN EL AMBITO DE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD.**

5.2.1.- El proceso de concentración entre las sociedades cooperativas del sector de la salud debe funcionar *bajo los principios empresariales, y de forma simultánea bajo las reglas cooperativas. Por tanto hay que buscar una viabilidad económico-financiera que se refleje en los propios socios de las cooperativas implicadas.*

5.2.2.- La integración de las sociedades cooperativas busca, mediante la unificación del esfuerzo de sus socios, mejorar la situación individual de cada una de las sociedades cooperativas integradas, pero logrando a la vez una mejora del conjunto.

5.2.3.- Aunque la concentración reduce la función democrática del mercado, la integración entre sociedades cooperativas es la fórmula que menos la afecta. Esto se debe a que mantienen la democracia en la toma de decisiones después de la concentración.

5.2.4.- Ante las imperfecciones en las prestaciones de salud, tanto públicas como privadas, una posible solución consiste en establecer una sanidad en la que participen los diferentes protagonistas de la misma en igualdad de condiciones.

En esta sanidad las sociedades cooperativas pueden jugar un papel fundamental, ya que en las mismas actúan sus protagonistas con similares derechos y obligaciones. Para lograrlo es necesario buscar una forma de integración entre las diferentes sociedades cooperativas del sector de la salud.

5.2.5.- Aunque la variedad de sociedades cooperativas incluidas en el sector de la salud lleva implícita la realización de actividades diferenciadas, existe una relación en sus flujos que puede ser utilizada como nexo de unión entre las mismas.

5.2.6.- La actividad principal de las cooperativas de distribución farmacéutica, como mayorista, le lleva a mantener relaciones de compra y venta con los laboratorios farmacéuticos y con las oficinas de farmacia. Entre estas oficinas de farmacia se encuentran las pertenecientes a centros hospitalarios, incluidas las que son propiedad de las cooperativas de instalaciones sanitarias, con los que pueden realizar su actividad de distribución. La relación con las cooperativas de trabajo asociado se basa en que los médicos que integran estas últimas son los encargados de recetar los diferentes medicamentos.

5.2.7.- Las cooperativas de instalaciones sanitarias pueden establecer una importante vinculación con las cooperativas de trabajo asociado, mediante la utilización del cuadro médico de las mismas como consultas externas, y las instalaciones sanitarias para atender aquellos procesos en los que sea necesario un centro hospitalario. Por su parte, los socios de estas cooperativas de instalaciones pueden ser asegurados de las de seguros y los pacientes de las de trabajo asociado.

5.2.8.- Uno de los objetivos de la integración de sociedades cooperativas del sector de la salud, es el cumplimiento de una serie de fines sociales. Entre éstos hay que tener en cuenta la defensa y representación del cooperativismo, la comunicación del cooperativismo de la salud y facilitar el cumplimiento del cooperativismo como asociación y como empresa.

5.2.9.- La integración cooperativa tiene también una finalidad económica. Dado que la integración económica total hace necesaria una gran homogeneidad entre las sociedades cooperativas participantes, y que la integración económica reducida suele limitarse a poner a disposición de sus asociados bienes en condiciones favorables, el modelo intermedio se presenta como el más apropiado para las cooperativas del sector de la salud.

5.2.10.- La concentración de sociedades cooperativas con entidades de diferente naturaleza entraña el riesgo de que las primeras pierdan las características que las definen. La filosofía de estas entidades, como sociedades

de capitales y no de personas, presenta importantes contradicciones con el funcionamiento y la esencia de las cooperativas.

5.2.11.- Esta circunstancia llevaría a la formación de grupos empresariales compuestos, exclusivamente, por sociedades cooperativas. Sin embargo, la posibilidad de vincularse con sociedades no cooperativas debe considerarse, aunque para mantener la naturaleza cooperativa deben ser utilizadas únicamente como instrumentos integradores.

5.2.12.- Del análisis de las peculiaridades tanto de la naturaleza cooperativa como de la variada composición del sector de la salud, se extraen tres principios que deben servir como guía en el proceso de análisis integrador:

A) Principio de la agrupación cooperativa en el sector de la salud. Integrar en su seno a las entidades, con actividades diferenciadas, que actúan dentro del sector de la salud.

B) Principio de la finalidad económica coordinadora. La finalidad de la integración es fundamentalmente económica, en su grado intermedio.

C) Principio de la naturaleza cooperativa. Solamente deben incluir sociedades con naturaleza cooperativa.

5.2.13.- La legislación española ha regulado el fenómeno de la concentración empresarial desde una triple perspectiva, la defensa de la competencia, el desarrollo de la actividad económica y la regulación de las inversiones intersocietarias y grupos de empresas. Además, existe una normativa que afecta de forma específica a las sociedades cooperativas del sector de la salud.

### 5.3. LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD ANTE LAS FORMAS DE COOPERACION ECONOMICO-EMPRESARIAL.

5.3.1.- La característica común de la cooperación económico empresarial consiste en someter a un grupo de sociedades a una dirección única o coordinada. Los mecanismos para la obtención de los mismos son muy diversos siendo posible que la vinculación se logre contractualmente, mediante participación en el capital de otras empresas, o simplemente con el control de las decisiones de éstas a través de sus directivos.

5.3.2.- La actual estructura de las diferentes figuras societarias integradoras en el sector de la salud no diferencia entre los grupos de sociedades unidos mediante forma real, de los creados de manera personal. Esta circunstancia hace que los citados grupos de sociedades no se adecuen al criterio de la vinculación patrimonial. Para solucionarlo se diferencia entre las uniones contractuales y no contractuales, y dentro de las últimas las que tienen únicamente un vínculo real, de aquellas en las que se puede mezclar éste con el vínculo personal.

5.3.3.- Dentro del vínculo contractual, las dos figuras recogidas por nuestro ordenamiento jurídico son las Uniones Temporales de Empresas y las Agrupaciones de Interés Económico. Cada una de ellas ejerce su función integradora desde diferentes objetos sociales, como son la realización de una obra o servicio concreto (Uniones Temporales de Empresas) y la colaboración en actividades auxiliares a las de sus socios (Agrupaciones de Interés Económico).

Las Uniones Temporales de Empresas son una fórmula viable para la colaboración entre las sociedades cooperativas del sector de la salud. Sin embargo, su duración, limitada a la finalización del proyecto, impide que sean empleadas como sistema integrador, aunque pueden ser utilizadas para acuerdos puntuales entre estas sociedades.

Las Agrupaciones de Interés Económico y las Agrupaciones Europeas de Interés Económico, como aplicaciones al ámbito europeo, sí permiten una colaboración no sujeta inicialmente a ningún límite temporal. Además, su actividad económica, auxiliar con respecto a la realizada por sus miembros, hace posible orientarla hacia su coordinación y control. Sin embargo, la necesidad de dotar a las AIE de personalidad jurídica propia choca frontalmente con el principio de la naturaleza cooperativa.

5.3.4.- La integración basada en acuerdos en los que no existe una figura societaria regulada legalmente depende de los términos particulares pactados en los mismos. Para su realización no aparecen requisitos ni limitaciones definidas, por lo que pueden adaptarse a las sociedades cooperativas del sector de la salud, de la misma forma que a cualquier otro tipo de sociedad. Sin embargo, su limitada estabilidad hace muy difícil su aplicación a los objetivos económicos coordinadores. Además, su principal utilidad se produce en la agrupación de sociedades competidoras de forma directa.

El "cártel" tiene como característica fundamental la reducción de la competencia entre los miembros del mismo. Por tanto se adapta a un acuerdo entre cooperativas de asistencia sanitaria o entre cooperativas farmacéuticas, pero difícilmente entre ambos grupos como se pretende.

De los consorcios solamente son aplicables los privados, ya que en los mixtos se rompe el principio de la naturaleza cooperativa. Además, los consorcios tienen su mayor efectividad cuando están formados por entidades con actividades semejantes, lo que los aleja de la integración de las sociedades cooperativas del sector de la salud.

La central de compras y ventas sólo es aplicable a las cooperativas de distribución farmacéutica, ya que no tiene sentido en el ámbito de la asistencia sanitaria.

5.3.5.- Junto a las fórmulas de concentración vinculadas por un contrato, aparecen una serie de alternativas en las que la cohesión se produce mediante la participación, total o parcial, en el capital de otras sociedades, o a través del control de los directivos de las mismas.

5.3.6.- En las formas de concentración que pueden presentar un vínculo real o personal se encuentran los grupos de empresas. Su aplicación al sector cooperativo se encuentra recogida legalmente en los grupos de sociedades cooperativas, regulados por el Real Decreto 1345/1992. La principal ventaja de esta fórmula, es poder acceder al régimen fiscal consolidado, deduciendo una serie de conceptos por operaciones intergrupo.

5.3.7.- En los grupos de sociedades cooperativas, existe una cabeza de grupo, que ejerce sobre las integradas en el mismo poderes de decisión en virtud de un pacto estatutario. Todas las sociedades que forman el grupo deben ser sociedades cooperativas, excepto la cabeza. Sin embargo, para cumplir los requisitos integradores la cabeza del grupo debe ser también una cooperativa.

5.3.8.- Mientras que en los grupos de sociedades es posible que el vínculo de unión entre las sociedades que lo componen sea real o personal, para las fusiones, absorciones, y las cesiones de cartera sólo existe el vínculo real. Además, las segregaciones y escisiones, que en su forma pura no son fórmula de concentración, pueden llevar al crecimiento empresarial de las sociedades que reciben el patrimonio de la segregada o de la escindida.

5.3.9.- Se puede distinguir entre dos procedimientos de fusión; la fusión propiamente dicha o fusión-creación, por el que varias sociedades se disuelven y constituyen una nueva, y la fusión por absorción o simplemente absorción, es un tipo especial de fusión en el que una sociedad ya existente absorbe a la(s) sociedad(es) disuelta(s).

5.3.10. Las sociedades cooperativas del sector de la salud que no actúan dentro del subsector del seguro de asistencia sanitaria, pueden realizar procesos de fusión y de absorción entre ellas. Las sociedades cooperativas de seguros, no pueden fusionarse o absorber a cooperativas que no sean de seguros. Incluso tratándose de estas entidades hay algunas limitaciones, ya que mientras las de prima fija, pueden absorberse y fusionarse entre sí, y absorber a las de prima variable, las de prima variable sólo pueden fusionarse y absorber a otras de prima variable.

5.3.11.- Al incluir a las cooperativas sanitarias de seguros en el proceso de integración, tanto la escisión como la segregación sólo pueden tener lugar entre cooperativas de seguros, pero no es posible incluir a cooperativas de instalaciones sanitarias, de trabajo asociado o de distribución farmacéutica.

5.3.12.- La cesión de cartera es una figura típica de las entidades de seguros, dado que su objeto es la transferencia de una serie de contratos de seguros en curso. En el caso de las sociedades cooperativas del sector de la salud sólo es aplicable a las de prima fija y variable, y únicamente pueden adquirir carteras procedentes de entidades de la misma naturaleza y clase.

5.3.13.- Las asociaciones cooperativas incluyen a las Uniones, Federaciones y Confederaciones como fórmulas de asociación específicas para las sociedades cooperativas, en las que no existe vinculación patrimonial. Su objetivo fundamental es la defensa de los intereses de las cooperativas que los forman y la conciliación en conflictos entre sus miembros.

Las Uniones solamente pueden formarse con sociedades cooperativas de la misma clase, lo que impide incluir a cooperativas de seguros, de trabajo asociado, de instalaciones sanitarias (incluidas en las consumidores y usuarios), y farmacéuticas (dentro de las de servicios). Por tanto sería posible formar Uniones entre diferentes cooperativas de una misma clase, como los distintos tipos de seguros de asistencia sanitaria, pero no con el resto de sociedades del sector de la salud.

Las Federaciones y Confederaciones no determinan esa igualdad de clase entre sus miembros, por lo que en principio serían aplicables a las cooperativas del sector de la salud. La diferencia entre unas y otras se refiere, sobre todo, al ámbito territorial, que limita a las primeras a una Comunidad Autónoma, mientras que las segundas tienen ampliado este requisito al territorio estatal.



5.3.14.- Las sociedades cooperativas de integración se recogen en el Real Decreto 84/1993, en el que se trata fundamentalmente a las cooperativas de crédito. Estas entidades son las únicas autorizadas para constituir las cooperativas de integración, aunque en ellas pueden agruparse diferentes tipos de sociedades. Sin embargo, debe cumplirse que la mayoría de los miembros y votos del conjunto resultante, corresponda a las sociedades cooperativas agrupadas.

5.3.15.- La sociedad cooperativa de servicios constituye una fórmula de concentración empresarial con una doble finalidad, funcional y de dirección, que solamente puede ser adoptada por las sociedades cooperativas. La gran variedad de objetos sociales establecidos para éstas y la posibilidad de incluir como socios a personas jurídicas, es lo que les permite actuar como una fórmula de integración.

Si se considera como objeto social la coordinación económica, y se incluyen a las cooperativas del sector de la salud como sus socios, estaríamos ante una cooperativa de segundo grado. Esta circunstancia choca frontalmente con la imposibilidad de formar sociedades cooperativas de servicios cuando en su objeto concurren circunstancias que permitan su clasificación en alguna de las sociedades cooperativas establecidas en la Ley 3/1987.

#### 5.4. LA INTEGRACION COOPERATIVA EN EL SECTOR DE LA SALUD, EN FUNCION DE LA FORMULA UTILIZADA. LA SOCIEDAD COOPERATIVA DE SEGUNDO GRADO DE LA SALUD.

5.4.1.- El principio de la agrupación cooperativa en el sector de la salud no es cumplido por las fórmulas de concentración sin vinculación contractual basada únicamente en la participación real, y por las Uniones de Cooperativas que no permiten incluir a sociedades cooperativas de distinta clase.

5.4.2.- El principio de la finalidad económica coordinadora es incumplido por las Uniones Temporales de Empresas, por las fórmulas contractuales sin figura societaria específica, por la cooperación no contractual basada de forma exclusiva en vínculos reales, por las cooperativas de servicios, por las sociedades cooperativas de integración, y por las asociaciones de cooperativas en Uniones, Federaciones y Confederaciones.

5.4.3.- El principio de la naturaleza cooperativa no se cumple en las Uniones Temporales de Empresas, en las Agrupaciones de Interés Económico, en los grupos de cooperativas, ni en las sociedades cooperativas de integración. En el último caso podría cumplirse eliminando las entidades con naturaleza no cooperativa.

5.4.4.- La sociedad cooperativa de segundo grado es la única fórmula que permite cumplir los tres principios integradores para las sociedades cooperativas del sector de la salud. Así, permiten acoger en su seno a la variada gama de cooperativas que integran el sector de la salud, la coordinación económica forma parte de su objeto social, y además tiene naturaleza cooperativa.

5.4.5.- La vinculación entre la sociedad cooperativa de segundo grado y las cooperativas de base se fundamenta en dos aspectos: el acuerdo voluntario de las Asambleas Generales de las cooperativas miembros, y la participación patrimonial de éstas en la primera. Esta última característica produce un efecto opuesto al de los grupos de sociedades, en los que la entidad coordinadora es la que participa en el capital de las restantes.

5.4.6.- Mientras la matriz de un grupo de empresas tiene un objetivo propio, la cooperativa de segundo grado presenta los mismos fines de las sociedades cooperativas de base integradas en la misma. Por tanto, la cooperativa de segundo grado guía su función coordinadora hacia los objetivos fijados por las cooperativas del sector de la salud, a diferencia de la matriz de carácter mercantil que busca el beneficio propio.

5.4.7.- La sociedad cooperativa de segundo grado debe tanto su nacimiento como su existencia, a las cooperativas de base que coordina. Si desaparecen las entidades coordinadas con una matriz, ésta puede subsistir, sin embargo, dicha subsistencia no es posible en la cooperativa de segundo grado en la que incluso la separación de entidades de base por debajo del número mínimo fijado legalmente, es causa de su disolución.

5.4.8.- La regulación de las sociedades cooperativas de segundo y ulterior grado en la normativa autonómica, introduce una serie de modificaciones con respecto a la normativa general. La Ley de Cooperativas Catalana es la única norma autonómica que exige como mínimo tres sociedades cooperativas de grado inferior, para formar una de grado superior. Además, la misma legislación ha aprobado un decreto para establecer el Reglamento de las Cooperativas Sanitarias de Segundo Grado.

5.4.9.- Se pueden denominar "Sanitarias" las cooperativas de segundo o ulterior grado que integren al menos una de seguros sanitarios. Al incorporar cooperativas dedicadas a la asistencia sanitaria y a la distribución farmacéutica, y reunir a los principales colectivos que componen el sector de la salud vamos a denominar a estas sociedades como "sociedades cooperativas de segundo grado de la salud".

5.4.10.- Las sociedades cooperativas de segundo grado, como fórmula integradora del sector de la salud, deben incluir como cooperativas de base a entidades con naturaleza diferente, cada una formada por distintos colectivos.

5.4.11.- Al tener en cuenta que los socios de las cooperativas de seguros y los de las cooperativas de instalaciones sanitarias son, en ambos casos, usuarios de salud, en estas entidades de base se encuentran definidos tres colectivos; los usuarios, el personal sanitario (sean o no médicos), y las oficinas de farmacia.

5.4.12.- Si a estos tres grupos se le añaden los posibles socios de trabajo de las cooperativas farmacéuticas, de las de seguros y de las de instalaciones sanitarias, y los socios trabajadores no sanitarios, que pueden formar parte de la cooperativa de trabajo asociado, habría que añadir un nuevo colectivo.

5.4.13.- Para lograr una sanidad integral, es necesario incluir a todos estos colectivos en igualdad de condiciones, tomando las decisiones por acuerdo entre todos ellos. Esta situación se contrapone al actual sistema sanitario, en el que los servicios de salud de las Comunidades Autónomas establecen una mínima participación de los representantes de las asociaciones de pacientes o de consumidores así como a otros órganos relacionados con el citado sector.

5.4.14.- La inclusión de socios de trabajo en la cooperativa de segundo grado de la salud no tiene demasiado sentido, dada su actividad económica fundamentalmente coordinadora.

5.4.15.- Lograr la autogestión participativa hace necesario que los usuarios no se sientan como simples asegurados o pacientes, y que tanto los socios de trabajo como los socios trabajadores, sean o no médicos, no tengan la impresión de que únicamente son asalariados. Para conseguirlo es fundamental que se establezcan fórmulas participativas tanto en la toma de decisiones como en el reparto de los beneficios económicos derivados del proceso integrador.

5.4.15.- *Conseguir que la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud funcione como centro coordinador precisa la cesión de parte de las competencias de las sociedades cooperativas de base, subordinándose a los intereses del grupo. Sin embargo, esta cesión no afecta a la autonomía de gestión y personalidad de las cooperativas agrupadas.*

5.4.16.- La aparición de socios trabajadores y de trabajo por un lado, y socios usuarios por otro, hace necesario utilizar alguna fórmula de ponderación. Si se tuviera en cuenta el número de socios de cada entidad de base, las cooperativas de consumidores o usuarios y la de seguros, por su mayor cantidad de socios, podrían imponer sus criterios sobre el resto.

5.4.17.- Aplicando el criterio de la Ley General de Cooperativas, a la hora de determinar el voto múltiple, las cooperativas de segundo grado de la salud, formadas por cuatro entidades de base, tienen como límite máximo el 33% de los votos para cada entidad.

5.4.18.- El reparto propuesto se realiza considerando que los pilares básicos de la integración cooperativa son los usuarios y los médicos, aunque sin olvidar el papel fundamental del resto de participantes en el sector de la salud. El objetivo es lograr un equilibrio entre las cooperativas de base y a la vez entre los diferentes colectivos que las forman.

5.4.19.- El reparto por sociedades cooperativas daría un 33% a la cooperativa sanitaria de trabajo asociado, un 25% a la de seguros, el mismo porcentaje a la de instalaciones sanitarias, mientras que el 17% restante se encuentra en manos de la farmacéutica. De esta forma ninguna de las cooperativas, por si misma, puede adoptar acuerdos para los que es necesario al menos el 50% de los votos.

5.4.20.- Esta distribución permite además un equilibrio por colectivos. Así, los médicos tienen un 30% de los votos por su participación en la cooperativa de trabajo asociado. Idéntica cantidad se obtiene para los socios usuarios sumando el 15% de la participación de éstos en las cooperativas de seguros y de instalaciones sanitarias. También el 30% es la suma de los derechos de voto si se computan conjuntamente los socios trabajadores de las cooperativas de instalaciones sanitarias, de seguros y las farmacéuticas, y los socios de trabajo no sanitarios de las de trabajo asociado. El 10% restante estaría en manos de las oficinas de farmacia, o lo que es lo mismo de la cooperativa de instalaciones sanitarias (socios usuarios) como propietaria de la misma.

Aunque esta circunstancia podría suponer una ventaja comparativa de los socios usuarios hay que tener en cuenta que la cooperativa farmacéutica defiende los intereses de la institución como tal, que no tienen porque coincidir exactamente con los de los socios usuarios. De todas formas la suma de este 10% con el 30% poseído directamente por los socios usuarios no es suficiente para poder tomar decisiones en el seno de la sociedad cooperativa de segundo grado.

5.4.21.- Las citadas proporciones no deben tener un carácter rígido, ya que, aunque hay que tratar de mantener la participación global de los diferentes colectivos, se establecen fórmulas para ponderar la participación en la actividad cooperativizada en cada ejercicio. Además, puede que en algunas de las cooperativas no existan socios de trabajo, lo que obligaría a modificar las proporciones tratando de no alterar el equilibrio entre colectivos.

5.4.22.- La principal modificación de la Asamblea General de la cooperativa de segundo grado de la salud con respecto a las entidades de base se encuentra en su composición, ya que está formada por un representante de cada cooperativa socio. La presencia de un único representante por sociedad cooperativa se adapta perfectamente a la proporcionalidad de decisión por cooperativas de base, aunque dificulta la aplicación de la proporcionalidad por colectivos.

5.4.23.- En el Consejo Rector lo único que se exige es un mínimo de tres miembros. Esta circunstancia hace posible aplicar la proporcionalidad del poder por colectivos, ya que permite, mediante la reserva de vocalías, incluir a los diferentes grupos que componen las sociedades cooperativas de base.

5.4.24.- Al hacer que la cooperativa de segundo grado de la salud tenga como función principal la coordinación económica, la formación del resultado derivado de su actividad productiva se limita a la posibilidad de efectuar la auditoría externa, y a la asesoría jurídica. Estos servicios son prestados a las cooperativas socio, por lo que en el resultado económico no aparecen resultados provenientes de las operaciones ordinarias con terceros, o de las operaciones extracooperativas.

5.4.25.- La estructura financiera de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, mantiene las características fundamentales de las cooperativas de base. Su constitución no requiere una cifra mínima de capital social, lo que permite a las propias cooperativas de base decidir estatutariamente su aportación sin que exista límite en la participación relativa de cada una de ellas.

5.4.26.- Para cumplir sus fines integradores no necesita tener más que el patrimonio imprescindible. Bajo esta premisa, es difícil la formación del Fondo de Reserva Voluntario. Además, al obtener el resultado económico sólo mediante las operaciones ordinarias con los socios, se eliminan dos de las fuentes que nutren el Fondo de Reserva Obligatorio, lo que indirectamente afecta al Fondo de Educación y Promoción ya que depende de la dotación del primero.

5.4.27.- El principio de puerta abierta alcanza mayor incidencia en las cooperativas de segundo grado por su limitado número de socios. Las posibles soluciones pasan por establecer la relajación de este principio mediante acuerdos que dificulten la salida de socios de la cooperativa, o la utilización de sociedades no cooperativas.

Esta última solución va en contra del principio integrador de la naturaleza cooperativa. Sin embargo, pueden utilizarse estas entidades como instrumentos para vincular el patrimonio cooperativo.

5.4.28.- Entre las diferentes sociedades, las de responsabilidad limitada presentan mejores condiciones, que las sociedades anónimas y las anónimas laborales, para actuar como instrumentos integradores. Esta sociedad sería una filial a la que se aportaría el capital de la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, que seguiría como entidad coordinadora.

5.4.29.- La retribución de la actividad cooperativizada se presenta como el elemento participativo en la gestión económica. La cantidad a recibir por cada socio trabajador o de trabajo, y el precio para los socios usuarios debe fijarse por acuerdo entre todas las sociedades cooperativas de base.

5.4.30.- La actividad cooperativizada de los diferentes socios de trabajo y trabajadores puede realizarse mediante los anticipos laborales, aunque para ello sea necesario haber separado con anterioridad la parte que corresponde a los usuarios de salud como socios consumidores.

5.4.31.- A los socios usuarios de la salud les corresponde parte del retorno obtenido en la cooperativa de instalaciones sanitarias y de seguros. Además, indirectamente, son los propietarios de las oficinas de farmacia hospitalarias socios de las cooperativas farmacéuticas. Por otra parte, en el retorno de todas las sociedades cooperativas hay que incluir la cantidad recibida por esa sociedad como retorno procedente de la de segundo grado.

5.4.32.- Los módulos de reparto se calculan dividiendo la suma de los retornos de cada cooperativa por la suma de los anticipos laborales y las prestaciones de las mismas. El retorno que pertenece a los socios usuarios de salud es la suma del producto de los citados módulos por las prestaciones realizadas en cada una de las cooperativas.

5.4.33.- Una vez separada la parte del retorno cooperativo correspondiente a los socios usuarios, el resto se reparte entre los socios de trabajo y los socios trabajadores. Para ello es necesario considerar el retorno de la cooperativa de trabajo asociado, junto a la parte del retorno de las cooperativas farmacéutica, de instalaciones sanitarias y de seguros perteneciente a los socios de trabajo.

5.4.34.- Después de formar la cooperativa de segundo grado todas las sociedades del sector de la salud, socios de la misma, son consideradas como parte de la primera, y por tanto los retornos recibidos por estas sociedades no tienen carácter extracooperativo.

5.4.35.- La normativa fiscal vigente para las sociedades cooperativas de segundo grado se encuentra determinada por el cumplimiento de las condiciones para lograr la los diferentes niveles de protección. Si cada una de las entidades socio logra su mayor nivel de protección posible, a la cooperativa de segundo grado de la salud se le aplican las siguientes normas fiscales en el Impuesto de Sociedades:

A) La base imponible correspondiente a los resultados cooperativos de todas las entidades de base se grava al 20%.

B) La base imponible correspondiente a los resultados extracooperativos de todas las entidades de base se grava al 35%.

C) Bonificación del 50% de la cuota íntegra correspondiente a los resultados procedentes de las operaciones realizadas con la cooperativa sanitaria de trabajo asociado y con la de instalaciones sanitarias.

## 5.5. CONSECUENCIAS ECONOMICO-FINANCIERAS DE LA CONCENTRACION EMPRESARIAL PARA LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS.

5.5.1.- La influencia sobre la empresa de los procesos de concentración se manifiesta en tres aspectos fundamentales; la modificación de la estructura financiera, la rentabilidad financiera y la rentabilidad económica.

5.5.2.- El coste medio ponderado de las sociedades cooperativas de la salud antes de la concentración se obtiene como la media aritmética ponderada de sus diferentes fuentes de financiación (Fondo de reserva Obligatorio, capital social, prestamos voluntarios de los socios y otras deudas).

5.5.3.- En los procesos en los que existe vinculación patrimonial se trata de establecer las condiciones para que *el coste del capital medio ponderado de la nueva sociedad cooperativa, sea menor que el coste medio ponderado de las cooperativas fusionadas*, utilizando como criterio de cálculo la participación del pasivo de cada una de las sociedades fusionadas en el total del pasivo de la nueva cooperativa.

5.5.4.- El coste de los fondos irrepartibles después de la integración debe ser menor que la media aritmética ponderada de los costes de los fondos irrepartibles de las empresas participantes. En este caso la concentración tendría como consecuencia una mayor solvencia tanto para los propios socios como para el resto de integrantes del mercado ajenos a la cooperativa. La mencionada solvencia repercutirá positivamente sobre la rentabilidad financiera de los socios como acreedores de la cooperativa del sector de la salud.

5.5.5.- La repercusión sobre el coste de las sociedades cooperativas de base, se produce como consecuencia de que éstas son las principales financiadoras de la cooperativa de segundo grado de la salud. Las modificaciones en sus respectivos costes medios ponderados vienen determinadas por el coste de los recursos utilizados para la financiación de sus aportaciones a la de segundo grado. El objetivo perseguido es lograr que el coste de las cooperativas de base después de la integración sea inferior al que tenían antes de la misma.

5.5.6.- El coste medio ponderado, después de la integración mediante la sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, dependerá de la relación que exista entre el coste de los recursos propios y el de los ajenos de las sociedades cooperativas de base, dando lugar a tres situaciones diferentes.

A) Si los costes de los recursos propios y ajenos son iguales, independientemente de la naturaleza de los recursos utilizados para financiar la sociedad cooperativa de segundo grado, el coste de la sociedad cooperativa de base no varía.

B) Si el coste de los recursos propios es superior al de los ajenos, la única posibilidad de hacer disminuir el coste medio ponderado después de la concentración es utilizando recursos ajenos para financiar la cooperativa de segundo grado de la salud.

C) Si el coste de los recursos propios es inferior al de los ajenos, la manera de hacer disminuir el coste medio ponderado después de la concentración es utilizar recursos propios para financiar la cooperativa de segundo grado de la salud.

5.5.7.- La rentabilidad financiera es la derivada de las operaciones de participación de los socios en el proceso financiero de la cooperativa. Por tanto, consiste en la compensación a los socios por los recursos aportados.

5.5.8.- La rentabilidad financiera de los socios de una sociedad cooperativa del sector de la salud se calcula tratando de conseguir que la rentabilidad por los préstamos voluntarios de los socios sea al menos competitiva con la que existe en el mercado.

Esto debe realizarse teniendo en cuenta el interés fijo y limitado del capital social, y la aportación negativa del Fondo de Reserva Obligatorio a la rentabilidad financiera. Por ello la rentabilidad financiera es fijada a priori modificando el interés de los préstamos voluntarios de los socios, para los que existe libertad al determinar sus condiciones. Dado que la rentabilidad de cada socio está expresada en términos relativos, es la misma para todos los que forman la sociedad cooperativa.



5.5.9.- En caso de concentración patrimonial, se pretende que la rentabilidad financiera de los socios de la nueva cooperativa será superior a la suma del mismo concepto para los socios de las fusionadas. El parámetro a calcular es el interés por los préstamos voluntarios de los socios, para lo que es necesario fijar la rentabilidad financiera de la cooperativa resultante.

5.5.10.- A la hora de establecer la rentabilidad financiera de los socios de la cooperativa resultante de la fusión pueden utilizarse dos métodos. Uno consiste en calcular una rentabilidad financiera comprendida entre las que tienen inicialmente las cooperativas fusionadas, mientras que el otro fija una rentabilidad superior a la de ambas.

Con el primer método la diferencia entre las rentabilidades financieras antes y después de la fusión, hace que los socios de la cooperativa fusionada que inicialmente tenía mayor rentabilidad financiera puedan poner objeciones a la fusión. Sin embargo, este inconveniente puede verse reducido por el incremento en los intereses de las aportaciones voluntarias de los socios y el posible aumento en la rentabilidad económica que se puede obtener gracias a la nueva situación en el mercado.

Si se fija una rentabilidad financiera superior a la de las cooperativas fusionadas, se evita la posible desincentivación de los socios de la cooperativa que inicialmente tiene mayor rentabilidad financiera. Sin embargo surge el inconveniente de que el tipo de interés de los préstamos voluntarios de los socios es inferior al que obtendrían mediante el método anterior.

5.5.11.- En el caso de la cooperativa de segundo grado de la salud la rentabilidad financiera que corresponde a cada una de las sociedades cooperativas de base, se encuentra determinada por las aportaciones a la primera. Dada la escasa cuantía patrimonial con la que se pretende dotar a estas entidades de segundo grado, sus aportaciones se limitan al capital social y a la parte del beneficio destinada al mismo, que se deriva de su pequeña actividad en la prestación de servicios.

5.5.12.- El motivo fundamental de la concentración en una sociedad cooperativa de segundo grado de la salud no es la consecución de una rentabilidad financiera, sino lograr una participación en el proceso de prevención y cuidado de la salud de forma participativa, y a la vez conseguir precios o retribuciones, competitivos. Por ello, la rentabilidad financiera derivada de la participación en la sociedad cooperativa de segundo grado no debe ser repartida entre los socios, sino que debe utilizarse en el proceso productivo de las sociedades cooperativas de base.

Sin embargo, es posible lograr un aumento en la rentabilidad financiera para los socios de las cooperativas de base, gracias a la mejor situación en el mercado y las implicaciones de este hecho sobre la estructura financiera de las sociedades cooperativas participantes.

5.5.13.- La rentabilidad económica es una compensación por las contribuciones a los procesos de producción y distribución de las cooperativas del sector de la salud, que al igual que ocurre con la rentabilidad financiera, debe ser competitiva con respecto a la que ofrecen otras entidades del mercado.

5.5.14.- En las sociedades cooperativas la rentabilidad económica en términos relativos se determina por la remuneración derivada de la actividad cooperativizada no anticipada, materializada en los retornos, y en la remuneración relativa a su actividad cooperativizada anticipada, que se manifiesta en el precio de los servicios prestados por la cooperativa y en los anticipos laborales.

5.5.15.- Partiendo del supuesto de que no se remunera a los socios de forma anticipada, la rentabilidad económica generada durante todo el período sería repartida al final del mismo en forma de retorno cooperativo. Así, la rentabilidad económica de una sociedad cooperativa es el cociente entre el excedente ordinario con los socios antes de intereses e impuestos, y su activo neto al final del período.

5.5.16.- Con la concentración patrimonial hay que buscar que el excedente ordinario antes de intereses e impuestos de los socios de la sociedad cooperativa resultante de la integración, sea mayor que el mismo excedente de cada una de las fusionadas, incrementado en la cantidad que resulta de multiplicar el mismo excedente por el cociente entre el número de socios de las cooperativas antes de la integración.

5.5.17.- La parte de la rentabilidad económica de la cooperativa de segundo grado de la salud que corresponde a cada una de las sociedades cooperativas de base, depende de su contribución al proceso productivo de la primera. Dada la escasa actividad económica de la sociedad cooperativa de segundo grado, se limita considerablemente esta vía de rentabilidad.

5.5.18.- La participación de las cooperativas de base en la rentabilidad financiera no se reparte entre los socios, sino que se destina a actividades productivas en cada una de ellas. De esta forma se agrega un factor para aumentar la rentabilidad económica de las diferentes sociedades cooperativas del sector de la salud, lo que a la postre repercute en sus socios.

5.5.19.- Además, existe un posible aumento en la rentabilidad económica de cada cooperativa de base, motivada por la actuación conjunta de todas las sociedades cooperativas en el sector de la salud. Este se consigue, cuando la suma de los incrementos de la rentabilidad económica de las sociedades cooperativas después de la concentración tenga un valor positivo.

5.5.20.- La búsqueda de sinergias positivas en el proceso integrador, se pone de manifiesto mediante la valoración de las sociedades cooperativas antes y después de la concentración. Esta valoración se realiza dividiendo la rentabilidad económica en términos absolutos, por la rentabilidad financiera en términos relativos.

5.5.21.- En el cálculo de la rentabilidad económica en términos absolutos se reduce la aportación de la sociedad cooperativa al Estado en forma de impuestos y la dotación al Fondo de Reserva Obligatorio. Para lograrlo, la actuación óptima consiste en repartir todo el beneficio de forma anticipada, vía precios más bajos o vía mayores anticipos laborales, de tal forma que el excedente después de intereses sea cero.

5.5.22.- Las variables sobre las que pueden actuar las sociedades cooperativas son el tipo de interés de los préstamos voluntarios de los socios (que actúa sobre la rentabilidad financiera), y el precio unitario de las prestaciones de la cooperativa a los socios y los costes variables unitarios de los servicios prestados por la sociedad cooperativa (que actúan sobre la rentabilidad económica). Dentro de los últimos aparece como componente controlable el valor de los anticipos laborales realizados a los diferentes socios trabajadores y de trabajo.

5.5.23.- Todo aumento de la rentabilidad económica de los socios de las cooperativas del sector de la salud, está ligado a una reducción en la rentabilidad financiera y viceversa. Las sociedades cooperativas tienen que elegir entre dar una rentabilidad financiera competitiva con el mercado, o una compensación a los socios, también competitiva, por su aportación en el proceso productivo.

5.5.24.- La rentabilidad económica en términos absolutos se determina repartiendo el beneficio de tal forma que el excedente ordinario con los socios antes de impuestos sea igual a cero, fijando los intereses de los préstamos voluntarios de los socios según el valor del mercado y despejando diferentes parámetros según la sociedad cooperativa analizada.

A) En las sociedades cooperativas sanitarias de trabajo asociado la rentabilidad económica se obtiene despejando la parte de los costes variables unitarios que corresponde a los anticipos laborales de los socios.

B) En las sociedades cooperativas sanitarias de seguros, de instalaciones sanitarias o farmacéuticas, si sólo existen socios usuarios hay que despejar la parte de los precios unitarios para éstos por su actividad en la sociedad cooperativa. En caso de que además haya socios de trabajo el procedimiento es similar pero es necesario un acuerdo entre los dos colectivos.

5.5.25.- En el caso de concentración patrimonial el valor de la empresa resultante de la integración menos la suma de los valores de las empresas concentradas y los costes producidos en este proceso, tiene que ser mayor que cero. Si el número de socios de la empresa resultante es diferente a la suma de los socios de las cooperativas concentradas, por cualquier tipo de baja, es necesario modificar la condición anterior dividiendo por el número de socios antes y después de la concentración.

5.5.26.- Para que el valor de las sociedades cooperativas de base aumente con la integración en una sociedad cooperativa de segundo grado de la salud, es necesario que la suma de los incrementos de rentabilidad económica en términos absolutos producidos con la concentración superen a los incrementos en la rentabilidad financiera en términos relativos.

5.5.27.- El incremento en la rentabilidad económica se produce por la participación en el proceso productivo de la sociedad cooperativa de segundo grado, por la utilización en el citado proceso de la parte correspondiente a la rentabilidad financiera por su participación en la de segundo grado, y por la generada mediante la actuación conjunta de todas las sociedades cooperativas de base en la de segundo grado de la salud.

## Bibliografía.

- ACFESA: **Antecedentes históricos de las entidades profesionales distribuidoras**, ACFESA, Memoria de 1964.
- ACOFAR: "Distribución farmacéutica", **ACOFAR**, N. 240, noviembre 1986.
- ACOFAR: "Los farmacéuticos y la cooperación", **ACOFAR**, N. 24, 1966.
- ACOFAR: "Marcas propias en el mercado español", **ACOFAR**, N. 252, octubre 1987.
- ACOFARMA: "Cooperativas frente a los almacenes", **ACOFAR**, N. 239, junio de 1986.
- ALBI E., CONTRERAS C., GONZALEZ-PARAMO J.M., e ZUBIRI I.: **Teoría de la Hacienda Pública**, Ariel Economía, Barcelona, 1992.
- ALBI IBAÑEZ E., y GARCIA ARIZNAVARRETA J.L.: **Sistema Fiscal Español**, Ariel Economía, Barcelona, 1990.
- ALDEMAN I.G.: "A Stochastic Analysis of the Size Distributions of Firms", **Journal of American Statistical Association**, vol. 53, 1985.
- ALEXANDER S.: "The Effect of size of Manufacturing Corporation on the Distribution of Rate Return", **Review of Economic and Statistics**, vol. XXXI, agosto 1949.
- ALIANZA COOPERATIVA INTERNACIONAL: "Declaración de la Alianza Cooperativa Internacional sobre la Identidad Cooperativa aprobada en Manchester en el XXXI Congreso de la ACI", **Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 19, octubre 1995.
- ALIANZA COOPERATIVA INTERNACIONAL: **Los Principios Cooperativos, Nuevas formulaciones**, Centro Nacional de Educación Cooperativa, Zaragoza, 1972.
- ALMANSA PASTOR J.M.: **Derecho de la Seguridad Social**, Tecnos, Madrid, 1991.
- ALONSO GARCIA M.: **Curso de Derecho del Trabajo**, Ariel, Madrid, 1981.
- ALONSO SOTO F.: "El cooperativismo sanitario de segundo grado. Bases para su organización y estructura", en VARIOS: **Cooperativismo sanitario de segundo grado**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987.
- ALONSO SOTO F.: "El Cooperativismo Sanitario en la Nueva Ley General de Cooperativas", **Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4, junio-septiembre 1988.
- ALONSO SOTO F.: "Las Relaciones laborales en las cooperativas en España", **Revista Española Derecho del Trabajo**, Civitas, N. 20, 1984.
- ALONSO SOTO F.: "Mutualismo social y economía social", **Cuaderno N. 1, C.I.R.I.E.C. España**, Enero 1989.
- ALONSO SOTO F.: **Ensayos sobre la Ley de Cooperativas**, U.N.E.D., Madrid, 1990.
- ALTHAUS A.: **Tratado de Derecho Cooperativo**, Zeus, Rosario, 1977, (2ª ed.).
- ALVAREZ MELCON S.: "Integración horizontal e integración vertical", en VARIOS: **Diccionario económico de la Empresa**, Pirámide, Madrid, 1977.

- ALVAREZ MELCON S.: "Tributación de grupo de sociedades, beneficio consolidado, fusiones y absorciones." **Revista Técnica Económica**, N. 13, mayo 1981.
- AMOROS RICA N.: **El régimen económico y fiscal de las cooperativas españolas**, Derecho Financiero, Madrid, 1952.
- ARANZADI D.: "Los valores cooperativos en el umbral del año 2000", en VARIOS: **Anuario de Estudios Cooperativos 1993**, Universidad de Deusto, Bilbao, 1994.
- ARANZADI D.: **Nuevo diccionario de legislación**, Aranzadi S.A., Pamplona, 1977.
- ARQUIOLA E.: "El fármaco en la actualidad", en VARIOS: **Historia del medicamento**, Doyma S.A., Barcelona, 1984.
- ARROJO E.: "El Sistema Nacional de Salud. La Universalización de la Asistencia Sanitaria", **Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4, junio-septiembre 1988.
- BAIN J.S.: **Barriers to new competition**, Harvard University Press, Cambridge, 1956.
- BAREA TEJEIRO J.: "La Asistencia Sanitaria Pública", **Economistas**, N. 35, Madrid, enero 1989.
- BAREA TEJEIRO J.: **Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo**, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1992.
- BIENAYME A.: **Analyse dynamique de la concurrence industrielle**, Bordas, París, 1973.
- BIRCHAL J.: **Co-op. The people's business**, Manchester University Press, Manchester, 1994.
- BOHIGAS I SANTASUSAGNA L.: "La Organización Sanitaria Española", **Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4, junio-septiembre 1988.
- BONNER A.: **British Co-operation. The history, Principles and Organisation of the British Cooperative Movement**, Cooperative Union Ltd., Manchester, 1960.
- BÖÖK S.A.: "Los valores cooperativos en un mundo cambiante", **Revista de la Cooperación Internacional**, V. 25, N.2, 1992.
- BORJABAD GONZALO P.: "Integración de las Cooperativas Autogestión Sanitaria, Sinera y Scias: Estudio de los factores de una decisión", en VARIOS: **Cooperativismo sanitario en el marco de un Sistema Nacional de Salud**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1990.
- BOTELLA GARCIA-LASTRA C.: "La revisión del concepto de sociedad cooperativa en el Derecho positivo español", **Hacienda Pública Española**, N. 94.
- BOUVET M.: **Historie de la Pharmacie en France, des origenes à nos jours**, Ed. Occitania, París, 1937.
- BOYER A.: "Enterprise: les quatre dimensions de la croissance" **Revue Française de Gestion**, N. 23, noviembre-diciembre, 1979.
- BRAVO F.: **Sociología de los ambulatorios: Análisis de la asistencia sanitaria primaria en la Seguridad Social**, Ariel, Barcelona, 1979.
- BREALEY R. & MYERS S.: **Fundamentos de financiación empresarial**, McGraw-Hill, Madrid 1990.
- BROSETA PONT M.: **Manual de Derecho Mercantil**, Tecnos, Madrid, 1990, (8ª Edición).
- BROT M.: "Permanence des Principes de Rochdale", **Revue des Etudes Cooperatives**, enero-abril, 1960.

- BUENDIA MARTINEZ I.: "Análisis de las cooperativas de consumidores y usuarios dentro del marco normativo e institucional de la defensa de los derechos del consumidor", en VARIOS: **La industria agroalimentaria**, Asociación de Expertos Cooperativos (A.E.C.), Lérida, N. 12, 1993.
- BUENO CAMPOS E.: **Dirección estratégica de la empresa. Metodología, técnicas y casos**, Pirámide, Madrid, 1987.
- CABALLER MELLADO V.: **Métodos de valoración de empresas**, Pirámide, Madrid, 1994.
- CABALLER MELLADO V.: "La formazione nel nuovo contesto di Welfare: una introduzione", en VARIOS: **Innovazione e formazione nel settore socio-sanitario. Le nuove professionalità per l'economia sociale: il caso dell'Italia e della Spagna**, Franco Angeli, Milano, 1995.
- CALDES LIZANA J.: "Las mutualidades de previsión social y las mutuas de seguros", en VARIOS: **Las empresas públicas sociales y cooperativas en la nueva Europa**, CIRIEC-España, Valencia, 1994.
- CAMARASA ROIG J., OSO CANTERO A. y DIEZ PASO T.: "Efectos Económicos y asistenciales del Cooperativismo Sanitario como combinación del sector público y privado", en VARIOS: **Público-Privado en el Sector Sanitario**, Colegio de Economistas de Valencia, Valencia, 1988.
- CAÑEDO FERNANDEZ J.: "Coloquio", **Federación Farmacéutica**, Sección Científica, 1979.
- CAÑEDO FERNANDEZ J.: "Las Cooperativas Farmacéuticas en España", **Revista de Estudios Cooperativos**, N. 10.
- CARRO DEL CASTILLO J.A.: "Las mutuas de seguros", **Hacienda Pública Española**, N. 98.
- CASARES J.: **Diccionario ideológico de la lengua española**, Gustavo Gili, 1975, (2ª ed.).
- CASTAÑO COLOMER J.: **Cooperativismo Sanitario Integral**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Barcelona, 1989.
- CASTAÑO SALIDO R.: **Las cooperativas farmacéuticas en España**, Tesis Doctoral, Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada, Granada, 1974.
- CASTRO COTON M., y REDONDO LOPEZ J.A.: "Algunas consideraciones sobre tamaño, la rentabilidad y el crecimiento de la empresa", **Revista de Economía y Empresa**, N. 15-16, Vol. VI.
- CIANOFILO: **Cooperativismo sanitario**, J. Espriu Castelló, Barcelona, 1986.
- COLE G.: **A Century of Cooperation**, Allen and Unwin, Gran Bretaña, 1945.
- CONDE FONT I.: "La Prestación Farmacéutica: ¿Financiación Pública o Privada?", en VARIOS: **Público-Privado en el Sector Sanitario**, Colegio de Economistas de Valencia, Valencia, 1988.
- CONGRESO DE LOS DIPUTADOS Y BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO: **Constituciones Españolas**, Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado, Madrid, 1986.
- COSTAS I TERRONES J.C.: "Equidad horizontal y servicios de salud de las Comunidades Autónomas", **Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4.
- COWEN D.L., y HELFAND W.H.: **Historia de la farmacia**, Vol. 1, Doyma S.A., Barcelona, 1992.
- CUADRADO IGLESIAS M.: "Absorción", en VARIOS: **Diccionario económico de la empresa**, Pirámide, Madrid, 1977.
- CUERVO A.: "Las Corporaciones Industriales y financieras", **Economía**, 2º trimestre 1991.

- DALMAU PORTA J.L., SANCHEZ RUANO E., y VIVAS CONSUELO D.: "La modernización de la gestión de los servicios de salud: Aspectos técnicos y de organización", **Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4.
- DARLINGTON RIVERA F.: "Las oficinas de farmacia en la Ley de Sanidad", **ACOFAR**, N. 240, julio 1986.
- DE ANGULO RODRIGUEZ L.: "Cesión de cartera, fusión, agrupación, escisión y transformación de entidades aseguradoras", en VARIOS: **Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado**, Colegio Universitario de Estudios Financieros, Madrid, 1988.
- DE LA FUENTE CHICO L.: "El mayorista", en VARIOS: **Principios del marketing farmacéutico**, IDEPSA, Madrid, 1989.
- DE LUIS ESTEBAN J.M.: "Presente y Futuro de la Fiscalidad de Cooperativas", **Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. Extraordinario, octubre 1987.
- DE PUIFERRAR J.: "Vers l'institution d'un groupement européen de cooperation", **Rev. Marché Commun**, 1983.
- DEL ARCO ALVAREZ J.L.: "Génesis y breve análisis crítico del nuevo Reglamento de Cooperativas", **Revista de Estudios Cooperativos**, Ns. 24 y 25, Septiembre-diciembre de 1971 y enero-abril de 1972.
- DEL ARCO ALVAREZ J.L.: "Régimen Económico de las Cooperativas españolas", **Revista de Estudios Cooperativos**, N. 20, 1970.
- DEL ARCO ALVAREZ J.L.: **Régimen Fiscal de las Cooperativas**, Gráficas Nilo, Madrid, 1969.
- DEL CAÑO ESCUDERO F.: "El marco normativo del sector de seguros español", **Hacienda Pública Española**, N. 98, 1986.
- DELGADO HERNANDEZ E.: **Temas de Derecho Mercantil**, Colex, Madrid, 1991.
- DIEZ DE CASTRO L.T.: "Cártel" en VARIOS: **Diccionario económico de la empresa**, Pirámide, Madrid, 1977, p.74.
- DIVAR GARTEIZAURRECOA J.: "Las Agrupaciones Europeas de Interés Económico y las cooperativas", **CIRIEC-España**, N. 7, Junio-septiembre 1989.
- DIVAR J. y MERINO J.M.: "La nueva mercantilidad y fiscalidad cooperativa", en VARIOS: **Anuario de Estudios Cooperativos 1993**, Instituto de Estudios Cooperativos, Bilbao, 1994.
- DUQUE DOMINGUEZ J.F.: "La baja obligatoria del socio", **Revista de Estudios Cooperativos**, Ns. 56-57.
- DURAN HERRERA J.J.: **La diversificación como estrategia empresarial. El conglomerado multinacional**, Pirámide, Madrid, 1977.
- ELENA DIAZ F.: "EL Fondo de Reserva Obligatorio en la nueva Ley General de Cooperativas", **Revista de Estudios Cooperativos**, Ns. 56-57.
- ESCRIHUELA MORALES F.J.: **Régimen jurídico de los hospitales: Disposiciones generales y normas específicas**, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1986.
- ESTESO SANCHEZ F.: "Consolidación de Estados Financieros; síntesis histórica, normas fiscales y Código de Comercio", **Estudios Financieros**, N. 92, noviembre 1990.
- EVRAERT S.: **Croissance, efficacité, rentabilité des petites et moyennes entreprises: étude comparée des sociétés françaises côtées**, Tesis doctoral, Toulouse, 1978.
- FAJARDO GARCIA G.: "Participación de los trabajadores en el régimen socioeconómico de la cooperativa", **Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 7, junio-septiembre 1989.



- FARMAINDUSTRIA: **La Legislación farmacéutica española y el derecho comunitario**, Farmaindustria, Madrid, 1987.
- FARRAN NADAL J.: **Canales de distribución en España**, EUNSA, Barcelona, 1972.
- FERNANDEZ ALEGRE R.: "Economía, Tecnología y Salud: Circuitos de Decisión y Evaluación de la Tecnología Sanitaria", **Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4.
- FERNANDEZ DE LA GANDARA L., y CALVO CARAVACA A.L.: **Derecho Mercantil Internacional**, Tecnos, Madrid, 1993.
- FERNANDEZ DE LA GANDARA L., y CALVO CARAVACA A.L.: **Libertad de establecimiento y Derecho de Sociedades en la Comunidad Económica Europea**, Tecnos, Madrid, 1988.
- FERNANDEZ DE LA GANDARA L.: **La atipicidad en Derecho de Sociedades**, Pórtico, Zaragoza, 1977.
- FERNANDEZ PALACIOS J.: "Garantías financieras durante el funcionamiento: el tratamiento de las garantías técnicas, margen de solvencia y fondo de garantía", en VARIOS: **Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado**, Colegio Universitario de Estudios Financieros, Madrid, 1988.
- FOLCH JOU G.: **Historia de la farmacia**, Gráficas Alonso, Madrid, 1972, (3ª ed.).
- FUENTES QUINTANA E., BAREA TEJEIRO J., GARCIA DE BLAS A., y GONZALO GONZALEZ B.: "Estrategias para un tratamiento de los problemas de la Seguridad Social", **Papeles de Economía Española**, N. 12-13, Madrid, 1982.
- FUENTES QUINTANA E.: **Hacienda Pública. Principios y estructura de la imposición**, Madrid, 1987.
- GALLEGO ANABITARTE A.: **"Derecho Administrativo I. Materiales"**, Cofás S.A., Madrid, 1989.
- GALVEZ VEGA J.M.: "Principios valorativos en las diferentes legislaciones cooperativas existentes en España", Ponencia presentada al Coloquio Internacional **Los Principios Cooperativos en la Europa Actual**, Alianza Cooperativa Internacional-Centro Internacional para la Investigación en Economía Pública Social y Cooperativa, Sevilla, 1994.
- GARCIA ESTEBAN F.: "La solvencia de la empresa aseguradora: provisiones técnicas", **Hacienda Pública Española, Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda**, N. 98, 1986.
- GARCIA FONT J.: **Historia de la Alquimia en España**, Editorial Nacional, Madrid, 1976.
- GARCIA NINET J.L.: "La colaboración de las empresas en la gestión de la seguridad social y el reintegro de las cantidades satisfechas por pago delegado", **Revista de Derecho Público**, N. 80-81.
- GARCIA PADRON M.: **Las sociedades Cooperativas en el Derecho Privado Español**, Servicio de Publicaciones de la Caja General de Ahorros de Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, 1971.
- GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ C.: "Análisis de la rentabilidad económica y financiera de los socios de las cooperativas: La influencia de una rentabilidad en la otra y la aplicación del criterio (principio) de justicia -que no de solidaridad- en la distribución de la ganancia real", **Revista Europea de Economía de la Empresa**, Vol.1, N.2.
- GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ C.: "El coste del capital de la sociedad cooperativa", **Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 14, septiembre 1993.
- GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ C.: "El problema de la doble condición de socios-trabajadores (socios-proveedores y socios-consumidores) ante la gerencia de la empresa cooperativa", **Revista de Estudios Cooperativos**, N. 56-57.

- GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ C.: "Estudio del Régimen Económico de la Contabilidad de la Empresa Cooperativa en relación con la Ley 3/1987 de 2 de abril, General de Cooperativas", **Revista de Estudios Cooperativos**, N. 54-55.
- GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ C.: "La concentración económico-empresarial (los conglomerados) de sociedades cooperativas", en VARIOS: **Las empresas públicas sociales y cooperativas en la nueva Europa**, CIRIEC-España, Valencia, 1994.
- GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ C.: "La concentración económico-empresarial en las cooperativas", Proyecto de investigación, presentado a Cátedra de la Universidad Complutense. 11 de mayo de 1989.
- GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ C.: "La economía social o la economía de las empresas de participación (las sociedades cooperativas y laborales)", en VARIOS: **En memoria de María Angeles Gil Luezas**, Alfa Centauro, Madrid, 1991.
- GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ C.: "La intercooperación como fin y como regla de la Economía Social", en VARIOS: **I Congreso de Economía Social de Galicia**, Dirección Xeral de Traballo de la Consellería de Traballo e Servizos Sociais, Santiago de Compostela, 1991.
- GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ C.: "Las personas jurídicas como socios de las sociedades cooperativas de primer grado o cooperativas propiamente dichas en España: Necesidad de una revisión legal", **Revista de Estudios Cooperativos**, N. 60.
- GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ C.: "Las sociedades cooperativas de derecho y las de hecho con arreglo a los valores y a los principios del Congreso de la Alianza Cooperativa Internacional de Manchester en 1995: especial referencia a las sociedades de responsabilidad limitada reguladas en España", **Revista de Estudios Cooperativos**, N. 61.
- GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ C.: "Método de valoración económico-financiera de la sociedad cooperativa: una propuesta", en VARIOS: **VIII Congreso Nacional y IV Congreso Hispano Francés de la Asociación Europea de Administración y Dirección de Empresas (La reconstrucción de la Empresa en el nuevo orden económico)**, Vol III, AEDEM, Cáceres, 1994.
- GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ C.: "Precisiones acerca de algunos tópicos confusos sobre la Sociedad Cooperativa", en VARIOS: **Tempori Serviendum. Homenaje al Prof. Dr. Jaime GIL ALUJA**, Milladoiro, Santiago de Compostela, 1992.
- GASCON A.: **La cooperación y las cooperativas**, Ediciones de Historia y Arte S.L. Madrid, 1960.
- GELINIER O.: **Estrategia Social de la Empresa**, A.P.D., Madrid, 1978.
- GIBRAT R.: **Les inégalités économiques**, Sirey, Paris, 1931.
- GIDE C.: **L'école de Nîmes**, Presses Universitaires de France, Paris, 1947.
- GOMEZ CAAMAÑO J.L.: **Páginas de Historia de la Farmacia**, AEPA, Barcelona, 1986.
- GOMEZ CALERO J.: "Sobre la "mercantilidad" de las cooperativas", **Revista de Derecho Mercantil**, N. 137, Madrid, 1975.
- GONZALEZ PEREZ J.: **Derecho Farmacéutico**, B.O.E., Madrid 1972.
- GREENE W.H., y SIMONS-MORTON B.G.: **Educación para la salud**, Inter Americana, México D.F., 1988.
- GUERRA GARRIDO R.: **Medicamentos españoles**, Ed. Dopesa, Madrid, 1972.
- GUERRERO DE CASTRO M.: "El seguro de asistencia sanitaria y sus principales problemas", **Hacienda Pública Española**, N. 98, 1986.

- GUISADO TATO M.: "La cara oculta de la estructura financiera en las pequeñas empresas y su incidencia sobre la capacidad de crecimiento", **Revista de Economía y Empresa**, N. 15-16, Vol. VI.
- GUTIERREZ DEL ALAMO Y MAHOU J.: **Estudio Jurídico del Cooperativismo Sanitario**, Gabinete de Estudios Y Promocion del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1988.
- HALL F., y WATKINS W.P.: **Cooperation. A Survey of the history, Principles and organization of the Cooperative Movement in Great Britain and Ireland**, Cooperative Union Ltd., Manchester, 1953.
- HERNADEZ S.: **Macrocooperativas y cooperativismo sanitario**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1990.
- HERNANDEZ BENAVENTE S.: **Macrocooperativas y cooperativismo sanitario**, Fundación Espriu, Barcelona, 1990.
- HERNANDEZ CRESPO C.: "La afección registral como cobertura jurídica de la movilización de activos hipotecarios", **Revista Crítica de Derecho Inmobiliario**, N. 554, 1981.
- HERRANZ GUILLEN J.L.: "Los principios cooperativos: ayer y hoy", Ponencia presentada al Coloquio Internacional **Los Principios Cooperativos en la Europa Actual**, Alianza Cooperativa Internacional-Centro Internacional para la Investigación en Economía Pública Social y Cooperativa, Sevilla, 1994.
- HOLYOAKE G.J.: **Historia de los pioneros de Rochdale**, CENEC, Zaragoza, 1975.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD: **Concierto con las oficinas de farmacia**, INSALUD, Madrid, 1992.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD: **"Aplicación del I.V.A. en el INSALUD"**, Documento de Régimen Interior, Serie 11, N. 1487, INSALUD, 1986.
- IZCO SEVILLANO S.: "La oficina de farmacia", en VARIOS: **Principios del marketing farmacéutico**, IDEPSA, Madrid, 1989.
- JENY F., y WEBER A.P.: "Stratégie industrielle et raisonnement économique", en VARIOS: **Politique industrielle et stratégies d'entreprise**, Universidad de París-Dauphine, institut de l'entreprise, Ed. Mason, Paris, 1977.
- JIMENEZ SANCHEZ G.J.: **Derecho Mercantil**, Ariel Derecho, Barcelona, 1990.
- JULIA IGUAL J.F., y SERVER IZQUIERDO R.J.: **Manual de fiscalidad de cooperativas**, Pirámide, Madrid, 1991.
- KEPA URIARTE D.: **Gestión humana a medida de las cooperativas de trabajo asociado**, Federación de Cooperativas de Trabajo Asociado de Euskadi, 1993.
- KLECZKOWSKI B.M., ELLING R.H., y SMITH D.L.: "El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de la salud", **Cuadernos de Salud Pública**, N. 80, Ginebra, 1984.
- KLECZKOWSKI B.M., ROEMER M.I., y VAN DER WERFF A.: "Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia la salud para todos", **Cuadernos de Salud Pública**, N. 77, Ginebra.
- KRAMER R. M., y GROSSMAN B.: "Contracting out Social Services: Process, Managament and Resource Dependences", **Social Service Review**, Marzo, 1987.
- LAIN ENTRALGO P.: **Historia de la Medicina**, Vol. 1, Salvat, Barcelona, 1972.
- LAIN ENTRALGO P.: **La Medicina Hipocrática**, Revista de Occidente, Madrid, 1970.
- LAMBERT P.: **La Doctrina Cooperativa**, Intercoop Editora Cooperativa Limitada, Buenos Aires, 1975.

- LEAKE C.: **The Old Egyptian Medical Papyri**, University of Pennsylvania Press, Lawrence, 1952.
- LEBOEFEUT M.: **El gran Principio del Management**, Grijalbo, Barcelona, 1985.
- LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS G.: "El trabajo asociado: núcleo de la Economía Social", en **VARIOS: I Congreso de Economía Social de Galicia**, Dirección Xeral de Trabajo de la Consellería de Trabajo e Servicios Sociais, Santiago de Compostela, 1991.
- LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS G.: "La Sociedad Cooperativa desde la perspectiva de la Alianza Cooperativa Internacional (ACI) y las Sociedades Anónimas Laborales frente al concepto jurídico de cooperativa", **Revista de Estudios Cooperativos**, N. 61.
- LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS G.: **La Sociedad Anónima Laboral como forma de empresa: Aspectos financieros (Incidencia de las innovaciones introducidas por la LEY 19/1989 de la Reforma de la Legislación Mercantil en materia de sociedades)**, ASALMA, Madrid, 1993.
- LLOBREGAT HURTADO M.L.: "El retorno cooperativo, reflexiones preliminares", **Vida cooperativa**, 1985.
- LLUIS Y NAVAS J.: "La extinción de las Cooperativas a tenor de la Ley de 1987", **Revista de Estudios Cooperativos**, Ns. 54-55.
- LLUIS Y NAVAS J.: **Derecho Cooperativo**, ESICO, Barcelona, 1983.
- LOBO F.: **La Industria farmacéutica y el Estado, Relaciones tormentosas con nuevos participantes**, KARPOS, Madrid 1982.
- LOPEZ CASANOVAS G.: "La financiación de los servicios sanitarios en España", **Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4, junio-septiembre 1988.
- LOPEZ CASASNOVAS G., MARTINEZ GARCIA E., y DURAN SINDREU A.: "Fiscalidad, gasto y salud. Tratamiento fiscal de la salud y propuestas de mejora", en **VARIOS: Economía de la Salud**, Ilustre Colegio de Economistas de Las Palmas, Las Palmas de Gran Canaria.
- LOPEZ GARCIA G.: "Un precursor", **ACOFAR**, N. 25, 1966.
- MACHANCOS MINGACHO F.: **Las relaciones sanitarias en el cooperativismo de la sanidad**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Barcelona, 1989.
- MAITRE LEX: "La representación del socio en las asambleas generales", **ACOFAR**, N. 247, abril 1987.
- MALLAINA F.: "Cartas de Provincias", **Restaurador Farmacéutico**, AÑO II, N. 27, 1946.
- MANRRIQUE F.: **Competencias del Estado y las Comunidades Autónomas en materia de Seguridad Social**, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1985.
- MANSFIELD E.E.: "Entry, Gibrat's Law Innovation and the Growth of the firms", **American Economic Review**, diciembre 1962.
- MANSILLA P.: **Reforma Sanitaria. Fundamentos para un análisis**, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1986.
- MANZANO MORENO E., GRANDA VEGA E.: "Participación de los sistemas de financiación pública en el mercado de medicamentos", en **VARIOS: Principios del marketing farmacéutico**, IDEPSA, Madrid, 1989.
- MARRIS R.: **The Economic Theory of "Managerial" Capitalism**, Macmillan, Londres, 1967.
- MARTI QUEIXALOS F.: "Ensayos sobre la Ley de Bases de la Cooperación de la Generalitat de Cataluña de 1934 y su posterior implicación en la legislación española", **Tribuna Cooperativa**, Ns. 28-31, 1977.

- MARTIN APARICIO F.: "Compromiso asegurador, individual y colectivo del cooperativismo sanitario español", **Cuadernos Cooperativos**, N. 11.
- MARTINEZ CHATERINA A.: "Asociacionismo Cooperativo", en VARIOS: **Cooperativismo sanitario de segundo grado**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987.
- MASCAREÑAS PEREZ-IÑIGO J., y LEJARRIAGA PEREZ DE LAS VACAS G.: **Análisis de la estructura de capital de la empresa**, EUDEMA, Madrid, 1993.
- MASCAREÑAS PEREZ-IÑIGO J.: "La valoración de empresas que no cotizan en bolsa", en VARIOS: **Manual de Fusiones y Adquisiciones de Empresas**, McGraw-Hill, Madrid, 1993.
- MATEO BLANCO J.: "El cooperativismo, algunas experiencias sanitarias internacionales", **Cuadernos Cooperativos**, N. 11, Zaragoza, 1983.
- MEDINA HERNANDEZ U.: "Los principios cooperativos como ventajas comparativas: Metodología para su reformulación en el marco de la competitividad empresarial", en VARIOS: **Las empresas públicas, sociales y cooperativas en la nueva Europa**, CIRIEC, Valencia, 1994.
- MIGUEL BENITO M.: "Gestión privada de servicios públicos: Organizaciones empresariales en la encrucijada", Ponencia presentada a las Primeras **Jornadas Europeas Sobre Nuevos Modelos para la Gestión de Servicios Públicos**, Valencia, 1994.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: "España: Sistema Nacional de Salud", **Informes, ponencias y Comunicaciones**, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989, Madrid.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: **Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud**, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1991.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: **España: Sistema Nacional de Salud**, Informes ponencias y comunicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987, Madrid.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL: "Farmacéuticos para el futuro y la farmacia clínica en la década de los años ochenta", **Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social**, Madrid, 1981.
- MINISTERIO DE TRABAJO: **Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España**, Ministerio de Trabajo, Madrid, 1977.
- MINTZBERG H.: **Mintzberg y la dirección**, Díaz de Santos, Madrid, 1989.
- MOLINER M.: **Diccionario de uso del español**, Gredos, Madrid, 1977, (A-G, Tomo I).
- MONTOLIO J.M.: "Reformas cooperativas en el Estado español: presente y futuro", **Noticias de la Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 14.
- MONTOYA MELGAR A.: **Derecho del Trabajo**, Tecnos, Madrid, 1994, (15ª ed.).
- MONZON CAMPOS J.L.: "Los Principios Cooperativos y realidad cooperativa en España", en VARIOS: **Cooperativas, Mercado, Principios Cooperativos**, CIRIEC, Valencia, 1994.
- MORALES GUTIERREZ A.C.: "Factores críticos en la organización profesional: El caso de una entidad de asistencia sanitaria", en VARIOS, **Actas del VII Congreso Nacional y III Congreso Hispano-Francés de AEDEM**, (Tomo II), Publicaciones AETEA, Córdoba, 1993.
- MORALES GUTIERREZ A.C.: "Factores para la eficacia en la organización profesional: una aproximación teórica y empírica en el sector sanitario", **Revista de Fomento Social**, N. 191, julio-septiembre 1993.
- MORALES GUTIERREZ A.C.: **Financiación de las cooperativas de trabajo asociado: ¿Problema o síntoma?**, Colección Tesis Doctorales, Publicaciones ETEA, Córdoba, 1993.

- MORALES GUTIERREZ A.C.: **La cooperativa como realidad social, ideológica y económica**, Colección Tesis Doctorales, Publicaciones ETEA, Córdoba, 1991.
- MORALES GUTIERREZ A.C.: "La necesidad de una referencia al entorno en el análisis de la empresa cooperativa", en VARIOS: **Boletín de Estudios y Documentación**, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Primer trimestre, 1991.
- MORAND J.C.: "Taille et Croissance des entreprises", **Revue d'économie politique**, marzo-abril 1964.
- MORENO RUIZ R.: "Las empresas de participación que realizan la actividad aseguradora: Posibilidades actuales y tratamiento en el Proyecto de Ley de Supervisión de los Seguros Privados", **Cuadernos de trabajo del Centro Internacional de Investigación e Información sobre la Economía Pública, Social y Cooperativa**, N. 25.
- MUÑOZ MACHADO A.: **Los sistemas Sanitarios y su Organización**, Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, Madrid, 1989.
- MUÑOZ VIDAL A.B.: "Aproximación al estudio de los órganos de la Sociedad, dentro del marco de relaciones societarias cooperativas bajo la nueva Ley 3/1987 de 2 de abril", **Revista de Estudios cooperativos**, N. 54-55.
- MUSSONS TRULLOLS S.: **Sistema público de Seguridad Social y Cogestión Sanitaria Cooperativa**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Barcelona, 1988.
- NAVARRO I., y FERNANDEZ J.A.: **Como interpretar un balance**, Ediciones Deusto, Bilbao, 1992.
- NIETO DE ALBA U.: "Aspectos económicos y técnicos de la Ley 33/1984 sobre Ordenación del Seguro Privado", en VARIOS: **Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado**, Colegio Universitario de Estudios Financieros, Madrid, 1988.
- NIETO J., CASARES J.M., y CARMONA G.: "Equidad y eficiencia en la distribución territorial de recursos financieros en España. Análisis empírico", **Revista Hacienda Pública**. Monografía, N. 1, 1993.
- ORCE SATRUSTEGUI I.: "Experiencia en el Cooperativismo Sanitario de segundo grado", en VARIOS: **Cooperativismo Sanitario de Segundo Grado**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987.
- ORDEIG FOS J.M.: **El Sistema Español de Seguridad Social**, Editoriales de Derecho Reunidas, Madrid, 1989, (4ª ed.).
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: **Documentos Básicos**, O.M.S., Ginebra, 1994.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: **Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud**, O.M.S., Ginebra, 1958.
- ORTEGA MARCOS S.: "La responsabilidad civil en la auditoria de cooperativas: Una primera aproximación", **Revista de Estudios Cooperativos**, N. 60.
- PAINE L.H.W., y SIEM TJAM F.: **Los hospitales y la evolución de la asistencia sanitaria**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1981.
- PALOMO ZURDO R.J.: "La banca cooperativa y la financiación empresarial en España", **Economía Industrial**, N. 239, septiembre-octubre 1993.
- PALOMO ZURDO R.J.: **La banca cooperativa en Europa**, Unión Nacional de Cooperativas de Crédito, Madrid, 1995.
- PALOMO ZURDO R.J.: **La banca cooperativa en Europa: análisis institucional y de las estrategias de concentración empresarial**. Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Complutense, Madrid, 1994.

- PARRA DEMAS S.: **La integración de la empresa cooperativa (Evolución de los Principios Cooperativos)**, Editorial de Derecho Financiero, Madrid, 1974.
- PATHAK S.: "Introducción al marketing farmacéutico", en VARIOS: **Principios del marketing farmacéutico**, IDEPSA, Madrid, 1989.
- PAZ CANALEJO N.: "El problema de las fuentes jurídicas aplicables a las cooperativas de seguros" en VARIOS: **Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado**, (Tomo I), Colegio Universitario de Estudios Financieros, Madrid, 1988.
- PAZ CANALEJO N.: "La Cooperativa como superación del esquema clásico de relaciones laborales", **Revista de Política Social**, N. 133, Madrid, enero-marzo de 1982.
- PAZ CANALEJO N.: "Las Cooperativas de Seguros", **Revista Española de Seguros**, N. 29, 1982 (primer trimestre).
- PAZ CANALEJO N.: "Notas sobre la Nueva figura del socio de trabajo", **Revista de Estudios Cooperativos**, N. 48, mayo-agosto de 1979.
- PAZ CANALEJO N.: "Principales innovaciones de la Ley 3/1987, General de Cooperativas", **Revista de Estudios Cooperativos**, N. 54-55.
- PAZ CANALEJO N.: **Concepto y evolución del cooperativismo de segundo y ulterior grado en la cooperación sanitaria**, Fundación Espriu, Barcelona 1992.
- PENROSE E.T.: **Teoría del crecimiento de la empresa**, Aguilar, Madrid, 1962.
- PEREZ GOROSTEGUI E.: **Economía de la Empresa (Introducción)**, Centro de Estudios Ramón Areces S.A., Madrid, 1994, (2ª ed.).
- POCH FEIXAS J.: **Origen y desarrollo del movimiento cooperativo español**, Grupo Técnico de Cooperativas Farmacéuticas, Madrid, 1957.
- POLO SANCHEZ E.: "La organización social de la cooperativa sanitaria de segundo grado", en VARIOS: **Cooperativismo sanitario de segundo grado**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987.
- PORTA ALVAREZ V.: "Monografía sobre legislación Cooperativa", **Tribuna Cooperativa**, N. 40-41, enero-junio 1980.
- PORTELLA E., CUERVO J.I.: "Análisis del Proceso de Implantación de la Reforma Sanitaria en España", **Revista Española de sanidad Pública y Administración Sanitaria**, N.1.
- RAMAEKERS R.: "El proyecto cooperativo", **Empresa Cooperativa**, N. 22, 1981.
- RESTAURADOR FARMACEUTICO: "Dictamen de la Comisión de Vigilancia sobre el proyecto de sociedades cooperativas", **Restaurador Farmacéutico**, Ns. 42-45.
- RESTAURADOR FARMACEUTICO: "Editorial", **Restaurador Farmacéutico**, Año II, N. 21.
- RIESGO I.: **Los hospitales españoles: Análisis crítico de urgencia**, Fondo de Investigaciones Sanitarias, Oviedo, 1991.
- RIPOLLES MELIA M.: "El primer crecimiento empresarial distintos enfoques", **Actas VII Congreso Nacional y II Congreso Hispano-Francés (AEDEM)**, Córdoba, 2-4 junio 1993, (tomo. II).
- RODRIGUEZ SAIZ L., MARTIN PLIEGO J., PAREJO GAMIR J.A., y ALMOGERA GOMEZ A.: **Política Económica Regional**, Alianza Universidad Textos, 1986, Madrid.
- RODRIGUEZ-PONGA AJURIA C.: "Concepto de Sanidad y sus integrantes, Medicina y Farmacia", **ACOFAR**, N. 261, Septiembre de 1981.

- ROMERO C.: "Análisis económico de los mecanismos de financiación de socios y autofinanciación de las empresas cooperativas españolas", **Anales del INIA**, Serie Economía y Sociología Agraria, N. 5, 1980.
- ROSANVALLON P.: **La crise de InEat Providence**, Seuil, Paris, 1981.
- ROSEMBUJ T.: "El consumo sanitario", en VARIOS: **I Jornadas de cooperativismo sanitario de consumo**, Elaia, Barcelona, 1986.
- ROSEMBUJ T.: "La economía de las cooperativas de segundo grado", en VARIOS: **Cooperativismo sanitario de segundo grado**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987.
- ROSS S.A., WESTERFIELD R.W., y JORDAN B.D.: **Fundamentos de finanzas corporativas**, IRWIN, Madrid, 1995, (2ª ed.).
- ROVIRA FORNS J., y VIDAL MARTINEZ I.: **Posibilidades de desarrollo del cooperativismo en el sector sanitario español**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Barcelona, 1987.
- ROVIRA FORNS J.: "El seguro voluntario de asistencia sanitaria en España: apunte para un debate", Comunicación presentada a las **VI Jornadas de Economía de la Salud**, Valencia, 28-30 de mayo 1986.
- ROVIRA FORNS J.: "Entre el sector público y el mercado. El papel del "tercer sector" en el ámbito de la Sanidad Española", **Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4, junio-septiembre 1988.
- SAINZ MARTIN M.: **Educación para la salud**, P. Investigación Educativa, Madrid, 1982.
- SALERAS MARTI L.: **Educación Sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones**, Edic. Diaz de Santos, Madrid, 1988.
- SALINAS RAMOS F.: **Temas Cooperativos**, Cáritas Española, Madrid, 1987.
- SAMORA RIVAS L.: "La cooperativa: su concepto", **ACOFAR**, N. 82, febrero de 1973.
- SANCHEZ CALERO F. y OLIVENCIA RUIZ M.: **El cooperativismo en la coyuntura española actual**, Centro de Estudios Sociales de la Santa Cruz de los Caídos, Madrid, 1964.
- SANCHEZ CALERO F.: "El mercado de títulos hipotecarios: líneas esenciales en su regulación de activos hipotecarios", **Revista de Derecho Bancario y Bursátil**, N. 7, 1982.
- SANCHEZ CALERO F.: **Instituciones de Derecho Mercantil**, Editoriales de Derecho Reunidas, Madrid, 1992, (16ª ed.).
- SANCHEZ RUANO E.: "I fattori determinanti per la diffusione delle organizzazioni di economia sociale nell'ambito socio-sanitario. Il caso spagnolo", en VARIOS: **Innovazione e formazione nel settore socio-sanitario. Le nuove professionalità per l'economia sociale: il caso dell'Italia e della Spagna**, Franco Angeli, Milano, 1995.
- SANCHEZ-BARRIGA PENAS R.: **Cooperativas y Seguridad Social**, Junta de Andalucía, Sevilla, 1993.
- SANZ GADEA E.: "Régimen de Declaración Consolidada", **Estudios Financieros**, N. 49-50.
- SANZ JARQUE J.J.: "Derechos y obligaciones de los socios de las cooperativas", **Revista de Estudios Cooperativos**, N. 54-55.
- SANZ JARQUE J.J.: **Cooperación. Teoría y Práctica de las Sociedades Cooperativas**, Universidad Politécnica de Valencia, 1974.



- SELVA DOMINGUEZ M.J.: "Acerca de la problemática económico-financiera de la dirección ante la gestión de la información", en VARIOS: **Actas del VII Congreso Nacional y III Congreso Hispano-Francés de AEDEM**", (Tomo II), Publicaciones AETEA, Córdoba, 1993.
- SERRANO GUITRADO E.: **El Seguro de Enfermedad y sus problemas**, Instituto de Estudios Políticos, Madrid, 1950.
- SERRANO SOLDEVILLA A.D.: **La cooperativa como sociedad abierta**, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Sevilla, 1982.
- SINGH A. y WHITTINGTON G.: **Growth, Profitability and Valuation**, Canbridge-Universyty Press, 1962.
- SOLA VILARDELL L.: "La coordinación de entidades en el cooperativismo sanitario", en VARIOS: **II Jornadas de Cooperativismo Sanitario de Usuarios**, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987.
- SOLER AMARO R.: **Régimen tributario de las concentración de empresas**, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1976.
- SORIANO FRAGUAS A.: "La constitución de una sociedad de responsabilidad limitada en el marco de la nueva Ley 2/95", **Usus Iuris**, N. Otoño de 1995.
- STEINDL J.: **Random Processes and the Gruoth of Firms: A studí of the Pareto Law**, Griffin, Londres, 1965.
- STEKLER H.O.: **Profitability and Size of Firms**, Berkley: University of California, Institute of Busitnes and Economic Research, 1963.
- SUAREZ SUAREZ A.S.: "El tamaño y crecimiento de las empresas españolas", **Económicas y empresariales**, N. 3.
- SUAREZ SUAREZ A.S.: "La rentabilidad y el tamaño de las empresas españolas", **Económicas y Empresariales**, N. 5, 1975.
- SUAREZ SUAREZ A.S.: **Decisiones óptimas de inversión y financiación**, Pirámide, Madrid, 1991, (8ª ed.).
- SUAREZ SUAREZ A.S.: **Lecturas de Introducción a la Economía de la Empresa**, Pirámide, Madrid, 1979.
- SUAREZ SUAREZ A.S.: **Orden económico y libertad**, Pirámide, Madrid, 1981.
- SUÑE ARBUSSA J.M.: **Legislación Farmacéutica Española**, Barcelona, 1990, (9ª ed.).
- TENA RODRIGUEZ V.: **La estructura organizativa como variable estratégica en las decisiones económico-financieras en la empresa**, Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Madrid, 1993.
- TERRIS M.: "Tendencias y Perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica", N. 1, **Foro Mundial de la Salud**, 1980.
- TERRON LAMBEA A.: "El cooperativismo sanitario en España", **Cuadernos Cooperativos**, N. 11, CENEC, Zaragoza, 1983.
- THORDARSON B.: "La adaptación de los Principios Cooperativos al nuevo entorno europeo", en VARIOS: **Las empresas públicas, sociales y cooperativas en la nueva Europa**, CIRIEC, Valencia, 1994.
- TIRADO SUAREZ F.J.: **Ley Ordenadora del Seguro privado. Exposición y crítica**, Universidad Servicio de Publicaciones, Sevilla, 1984.
- TORRELLA VILLAFANE R.: "El fabricante", en VARIOS: **Principios del marketing farmacéutico**, IDEPSA, Madrid, 1989.

- TORRES GONZALEZ F.: **Lecciones de economía**, Tomo II, Gráficas Velasco, Madrid 1986.
- TRIOLAIRE G.: **Costes de la distribución y formación de precios**, Sagitario S.A., Barcelona, 1965.
- UK CO-OPERATIVE COUNCIL: **The co-operative opportunity**, UK Co-operative Council, Manchester, 1994.
- URGOTI BEGUER A.: "Estructura General de la Industria Farmacéutica", **I Convención Bienal de la Industria Farmacéutica Española**, Barcelona, 1961.
- URIA R.: **Derecho Mercantil**, Imprenta Aguirre, Madrid, 1982.
- URIA R.: **Derecho Mercantil**, Marcial Pons, Madrid, 1992, (14ª ed.).
- VALDES DAL-RE F.: "Notas sobre el nuevo régimen jurídico de las cooperativas de trabajo asociado", **Revista Española de Derecho del Trabajo**, N. 1, 1980, abril-junio.
- VALOR SABATIER J. y RIBERA SEGURA J.: "Algunos aspectos de gestión en Instituciones Sanitarias", **Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa**, N. 4.
- VAQUERO PUERTA J.L.: **Salud Pública**, Pirámide, Madrid, 1989.
- VEGAS ASENSIO J.: "Criterios de elaboración de tarifas en los seguros de vida", en VARIOS: **Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado**, Colegio Universitario de Estudios Financieros, Madrid, 1988.
- VEGAS MONTANER A.: "Análisis de la cobertura del margen de solvencia por parte de entidades privadas de seguros en España. Un enfoque de futuro", en VARIOS: **Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado**, Colegio Universitario de Estudios Financieros, Madrid, 1988.
- VERGEZ SANCHEZ M.: **El Derecho de las Cooperativas y su reforma**, CIVITAS, Madrid, 1973.
- VICENT CHULIA F.: **Compendio Crítico de Derecho Mercantil**, Bosch, Barcelona, 1991, (3ª ed.).
- VITORES PURAS F.: "Cincuenta años de la Cooperación Farmacéutica", **Federación Farmacéutica**, Sección Científica, 1979.
- WARBASSE J.P.: "La pace cooperativa", **Collana di Studi Cooperativi**, N. 230, Roma, 1954.
- WARBASSE J.P.: **Democracia cooperativa**, Ed. Atalya, Buenos Aires, 1945.
- WARBASSE J.P.: **James Peter Warbasse, un apóstol de la Cooperación**, Fabril Editora, Buenos Aires, 1960.
- WARBASSE J.P.: **Medicina Cooperativa**, Ed. Intercoop, Buenos Aires, 1964.
- WEBER A.P. y WILSON D.: "Taux de profit et variables structurelles dans l'industrie manufacturière française", **Revue Economique**, noviembre, 1974.

## **Normas Legales.**

ESPAÑA: LEY de 28 de noviembre de 1855, por la que se aprueba la Ley de Sanidad, **G.M.** N. 1608, de 7 de diciembre.

ESPAÑA: LEY de 30 de junio de 1887, de Asociaciones, **G.M.** N. 193, de 12 de julio.

ESPAÑA: REAL ORDEN de 18 de noviembre de 1903, que limita a determinadas cooperativas suministrar productos a personas ajenas a sus socios, **G.M.** N. 336, de 2 de diciembre.

ESPAÑA: REAL DECRETO de 12 de enero de 1904, Instrucción General de Sanidad, **G.G.M.** Ns. 22 y 23, de 22 y 23 de enero.

ESPAÑA: LEY de 14 de mayo de 1908, de Control de la actividad aseguradora, **G.M.** N. 136, de 15 de mayo.

ESPAÑA: REAL DECRETO de 3 de marzo de 1917, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de Sanidad Exterior, **G.M.** N. 69, de 10 de marzo.

ESPAÑA: REAL ORDEN de 31 de marzo de 1925, General de Sanidad, **G.M.** N. 91, de 1 de abril.

ESPAÑA: REAL ORDEN de 10 de febrero de 1926, por la que se aprueba el Reglamento provisional para las Sociedades de Asistencia pública médico-farmacéutica, **G.M.** N. 43, de 12 de febrero.

ESPAÑA: LEY de 4 de julio de 1931, de Sociedades Cooperativas, **G.M.** N. 188, de 7 de julio.

ESPAÑA: REAL DECRETO de 2 de octubre de 1931, por el que se aprueba el Reglamento de Sociedades Cooperativas, **G.M.** N. 249, de 21 de octubre.

COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY de 17 de febrero de 1934, de Bases de la Cooperación para Cooperativas, Mutualidades y Sindicatos agrícolas, **D.O.G.C.** N. 51 de 20 de febrero.

COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY de 17 de marzo de 1934, de Cooperativas, **D.O.G.C.** N. 81 de 22 de marzo.

ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 21 de octubre de 1935, sobre normas para la clasificación de las cooperativas de seguro, ahorro, y crédito, **G.M.** N. 294, de 23 de octubre.

ESPAÑA: LEY de 17 de mayo de 1940, por el que se crea el Consorcio de Compensación de Seguros de Vida, **B.O.E.** N. 148, de 27 de mayo.

ESPAÑA: LEY de 2 de enero de 1942, de Cooperativas, **B.O.E.** N. 12 de 12 de enero, y su reglamento aprobado por DECRETO, de 11 de noviembre de 1943, **B.B.O.O.E.** Ns. 55, 76, de 24 de febrero y 16 de marzo de 1944.

ESPAÑA: LEY de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro de enfermedad obligatorio, **B.O.E.** N. 361, de 27 de diciembre.

ESPAÑA: LEY de 25 de noviembre de 1944, de Bases en Sanidad, **B.O.E.** N. 331, de 26 de noviembre.

ESPAÑA: LEY de 31 de diciembre de 1946, de ordenación bancaria, redactado conforme al artículo 4 del REAL DECRETO LEGISLATIVO 1298/1986 de 28 de junio, **B.O.E.** N. 155, de 30 de junio.

ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 26 de abril de 1947, sobre normas de régimen interno para cooperativas farmacéuticas, **B.O.E.** N. 143, de 23 de mayo.

ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 22 de julio de 1947, para la rectificación de la Orden Ministerial de 26 de abril de 1947, **B.O.E.** N. 227, de 15 de agosto.

ESPAÑA: LEY de 17 de julio de 1951, sobre el Régimen jurídico de Sociedades Anónimas, **B.O.E.** N. 199, de 18 de julio.

ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 23 de marzo de 1953, que prohíbe a las cooperativas farmacéuticas el comercio con los productos que no precisen de manipulación ni transformación ulterior para su venta al público, **B.O.E.** N. 82, de 23 de marzo.

ESPAÑA: DECRETO 446/1961 de 16 de marzo, por el que se crean las fundaciones laborales, **B.O.E.** N. 67 de 20 de marzo.

ESPAÑA: ORDEN de 25 de enero de 1962, sobre aplicación del Decreto 446/1961, **B.O.E.** N. 38, de 13 de febrero.

ESPAÑA: ORDEN de 20 de febrero de 1962, por el que se regulan los botiquines de urgencia en los núcleos rurales, **B.O.E.** N. 60, de 10 de marzo.

ESPAÑA: LEY 110/1963 de 20 de julio, de represión de las prácticas restrictivas de la competencia, **B.O.E.** N. 175, de 23 de julio.

ESPAÑA: DECRETO 2464/1963 de 10 de agosto, de regulación de laboratorios de especialidades farmacéuticas, registro, distribución y publicidad de las mismas, **B.O.E.** N. 270, de 11 de noviembre.

ESPAÑA: LEY 196/1963 de 28 de diciembre, sobre Asociaciones y Uniones de Empresas, **B.O.E.** N. 103, de 31 de diciembre.

ESPAÑA: ORDEN de 7 de abril de 1964, por la que el Ministerio de la Gobernación dicta las normas sobre laboratorios de especialidades farmacéuticas, registro, distribución y publicidad de las mismas, **B.O.E.** N. 101, de 27 de abril.

ESPAÑA: DECRETO 3314/1966 de 24 de diciembre, sobre el Impuesto General sobre el tráfico de las Empresas, **B.O.E.** N. 31, de 6 de febrero de 1967.

ESPAÑA: ORDEN de 21 de junio de 1967, sobre dispensación de medicamentos en instituciones de la Seguridad Social, **B.O.E.** N. 148, de 22 de junio.

ESPAÑA: ORDEN de 12 de julio de 1967, por la que se regulan los botiquines en zonas turísticas, **B.O.E.** N. 173, del 21 de julio.

ESPAÑA: REAL DECRETO 888/1969 de 9 de Mayo, por el que se aprueba el Estatuto Fiscal de Entidades Cooperativas, **B.O.E.** N. 114, de 13 de mayo.

ESPAÑA: DECRETO LEY 13/1970 de 12 de noviembre, por el que se aprueba la Ley de Régimen Local, **B.O.E.** N. 274, de 16 de noviembre.

ESPAÑA: DECRETO 2396/1971 de 13 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de Cooperación, **B.O.E.** N. 242, de 9 de octubre.

ESPAÑA: LEY 24/1972 de 21 de junio, sobre financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del régimen general de la Seguridad Social, **B.O.E.** N. 149, de 22 de junio.

ESPAÑA: DECRETO 2065/1974 de 30 de mayo, por el que se refunde y aprueba la Ley General de Seguridad Social, **B.B.O.O.E.** Ns. 173 y 174, de 20 y 22 de julio.

ESPAÑA: LEY 52/1974 de 19 de diciembre, General de Cooperativas, **B.O.E.** N. 305, de 21 de diciembre.

ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 2 de diciembre de 1975, por la que se regulan los botiquines en los centros docentes, **B.O.E.** N. 289, del 19 de diciembre.

ESPAÑA: REAL DECRETO 1509/1976 de 21 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de colaboración de las Mutuas Patronales en la gestión de la Seguridad Social, **B.O.E.** N. 158, de 19 de agosto.

ESPAÑA: REAL DECRETO-LEY 1414/1977 de 17 de junio, por el que se regula la tributación sobre el beneficio consolidado de los grupos empresariales, **B.O.E.** N. 150, de 24 de junio.

ESPAÑA: REAL DECRETO-LEY 15/1977 de 25 de febrero, sobre medidas fiscales, financieras y de inversión pública, **B.O.E.** N. 50, de 28 de febrero.

ESPAÑA: REAL DECRETO 909/1978 de 14 de abril, sobre instalación, traslado y transmisión de oficinas de farmacia, **B.O.E.** N. 106, de 4 de mayo.

ESPAÑA: CONSTITUCION ESPAÑOLA, aprobada por las Cortes el 31 de octubre de 1978, **B.O.E.** N. 311.1, de 29 de diciembre.

ESPAÑA: REAL DECRETO 2710/1978 de 16 de noviembre, Reglamento de aplicación a las Sociedades Cooperativas reguladas por la Ley 52/1974 de 19 de diciembre, **B.B.O.O.E.** Ns. 275, 276 y 277, del 17, 18 y 20 de noviembre.

ESPAÑA: REAL DECRETO-LEY 36/1978 de 16 de diciembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, **B.O.E.** N. 276 de 18 de noviembre.

ESPAÑA: LEY 61/1978 de 27 de diciembre, sobre el Impuesto sobre Sociedades, **B.O.E.** N. 56 de 30 de diciembre.

ESPAÑA: LEY ORGANICA 3/1979 de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía del País Vasco, **B.O.E.** N. 306, de 22 de diciembre.

ESPAÑA: REAL DECRETO 1854/1979 de 30 de julio, por el que se aprueba la estructura y competencias de INSS, **B.O.E.** N. 182 de 31 de julio.

ESPAÑA: REAL DECRETO 1855/1979 de 30 de julio, por el que se aprueba la estructura y competencias del INSALUD, **B.O.E.** N. 182 de 31 de julio.

ESPAÑA: REAL DECRETO 1856/1979 de 30 de julio, por el que se aprueba la estructura y competencias de INSERSO, **B.O.E.** N. 182 de 31 de julio.

ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 21 de noviembre de 1979, por la que se complementa el real Decreto 909/1978, **B.O.E.** N. 302, de 18 de diciembre.

ESPAÑA: LEY ORGANICA 4/1979 de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Cataluña, **B.O.E.** N. 306, de 22 de diciembre.

ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 17 de enero de 1980, sobre funciones y servicios de las oficinas de farmacia, **B.O.E.** N. 28 de 1 de diciembre.

ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 14 de febrero de 1980, por la que se adaptan las normas del Decreto 888/1969 a la Ley 61/1978 de 27 de diciembre del Impuesto sobre Sociedades, **B.O.E.** N. 56, de 5 de marzo.

ESPAÑA: REAL DECRETO 380/1980 de 22 de febrero, sobre industria farmacéutica, **B.O.E.** N. 54, de 3 de marzo; y

ESPAÑA: REAL DECRETO 820/1980 de 14 de abril, por el que se modifica el anterior Reglamento de colaboración de las Mutuas Patronales en la gestión de la Seguridad Social, **B.O.E.** N. 108, de 5 de mayo.

ESPAÑA: LEY ORGANICA 8/1980 de 22 de septiembre, por la que se aprueba la Ley Orgánica sobre la Financiación de las Comunidades Autónomas, **B.O.E.** N. 236, de, 1 de octubre.

ESPAÑA: REAL DECRETO 2135/1980 de 26 de septiembre, sobre liberalización farmacéutica, **B.O.E.** N. 247, de 20 de octubre.

ESPAÑA: DECRETO LEY 13/1980 de 3 de octubre, sobre supresión y reordenación de organismos autónomos en diferentes Ministerios, **B.O.E.** N. 241, de 7 de agosto.

ESPAÑA: LEY 50/1980 de 8 de octubre, de contrato de seguro, **B.O.E.** N. 250 de 17 de octubre.

ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 4 de diciembre de 1980, por la por la que se regulan los botiquines de buques y embarcaciones, **B.O.E.** N. 22, del 26 de enero de 1981.

ESPAÑA: ORDEN de 19 de diciembre de 1980, por la que se desarrolla el Real Decreto 2135/1980 sobre liberalización farmacéutica, **B.O.E.** N. 308, de 24 de diciembre.

ESPAÑA: ORDEN DEL MINISTERIO DE HACIENDA de 30 de julio de 1981, sobre la adaptación del Plan General de Contabilidad a las entidades de seguros, **B.O.E.** N. 218, de 29 de septiembre.

ESPAÑA: LEY 76/1980 de 26 de diciembre, sobre el régimen fiscal de las fusiones de empresas, **B.O.E.** N. 9 de 10 de enero de 1981.

ESPAÑA: RESOLUCION de 13 de abril de 1981 (Dir. Gral. Seguros), Condiciones generales para pólizas de seguros de asistencia sanitaria y voluntarios de automóviles, **B.O.E.** N. 100, de 27 de abril.

ESPAÑA: REAL DECRETO 428/1981 de 13 de mayo, por el que se reestructuran y adscriben diversos órganos al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, **B.O.E.** N. 63, de 14 de marzo.

ESPAÑA: REAL DECRETO 1517/1981 de 8 de julio por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma de Cataluña las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 88, de 12 de abril.

ESPAÑA: REAL DECRETO 2182/1981 de 24 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre el régimen fiscal de las fusiones de empresas, **B.O.E.** N. 231, de 26 de septiembre.

ESPAÑA: REAL DECRETO 2609/1981 de 19 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto General sobre el tráfico de las Empresas, **B.B.O.O.E.** Ns. 265-266 de 5 y 6 de noviembre.

ESPAÑA: REAL DECRETO 2823/1981 de 27 de noviembre, por el que se reestructuran diferentes órganos de la Administración del Estado, **B.O.E.** N. 288, de 2 de diciembre.

ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 28 de octubre de 1981, por la que el INSALUD asume nuevas competencias, **B.O.E.** N. 264, de 4 de noviembre.

ESPAÑA: LEY ORGANICA 6/1981 de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía de Andalucía, **B.O.E.** N. 9, de 11 de enero de 1982.

COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 1/1982 de 11 de febrero, sobre cooperativas del País Vasco, **B.O.P.V.** N. 33, de 10 de marzo.

ESPAÑA: LEY 18/1982 de 26 de mayo, sobre el régimen fiscal de Agrupaciones y Uniones Temporales de Empresas, **B.O.E.** N. 137, de 19 de junio.

ESPAÑA: LEY ORGANICA 5/1982 de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, **B.O.E.** N. 164, de 10 de julio.

ESPAÑA: LEY ORGANICA 13/1982 de 10 de agosto, de reintegración y mejora del Régimen Foral de Navarra, **B.O.E.** N. 195, de 16 de agosto.

ESPAÑA: REAL DECRETO 2631/1982 de 15 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre Sociedades, **B.B.O.O.E.** Ns 252-258 y 265, de 21-27 de octubre y 4 de noviembre.

COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY 4/1983 de 9 de marzo, de cooperativas de Cataluña, **D.O.G.C.** N. 313, de 18 de marzo.

ESPAÑA: REAL DECRETO 400/1984 de 22 de febrero, por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma de Andalucía las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 51, de 29 de febrero.

COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY de 20 de marzo de 1984, por la que se modifica el artículo 85 de la Ley 4/1983 de cooperativas de Cataluña, **D.O.G.C.** N. 422, de 4 de abril, y **B.O.E.** N. 107, de 4 de mayo.

ESPAÑA: ORDEN MINISTERIAL de 2 de abril de 1984, sobre colaboración de las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo en la Seguridad Social, **B.O.E.** N. 88 de 12 de abril.

ESPAÑA: ORDEN de 30 de julio de 1984, por la que se regulan los botiquines rurales de medicamentos veterinarios, **B.O.E.** N. 183, de 1 de agosto.

COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 1/1984 de 30 de octubre de 1984, por la que se modifica la disposición final primera de la Ley 1/1982 de 11 de febrero, sobre cooperativas, **B.O.P.V.** N. 188, de 13 de noviembre, **B.O.E.** N. 280, de 22 de noviembre.

ESPAÑA: LEY 31/1984 de 2 de agosto, de Protección por Desempleo por el que se modifica el título II de la Ley 51/1980 de 8 de octubre, **B.O.E.** N. 186 de 4 de agosto.

ESPAÑA: LEY 33/1984 de 2 de agosto, de Ordenación del Seguro Privado, **B.O.E.** N. 186, de 4 de agosto.

COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA: LEY 2/1985 de 2 de mayo, sobre cooperativas de Andalucía, **B.O.J.A.** N. 42, de 4 de mayo.

ESPAÑA: LEY 13/1985 de 25 de mayo, sobre coeficientes de inversión, recursos propios y obligaciones de información de intermediarios financieros, **B.O.E.** N. 127, de 28 de mayo.

ESPAÑA: REAL DECRETO 1034/1985 de 5 de junio, sobre cooperativas de seguros, que añaden las cooperativas de seguros a la lista del artículo 96 del Reglamento de Cooperativas de 1978, y adapta el artículo 122 al artículo 15 de la Ley de Ordenación del Seguro Privado 33/1984, **B.O.E.** N. 156 de 1 de julio.

ESPAÑA: REAL DECRETO 1043/1985 de 19 de junio, por el que se amplía la protección por desempleo a los socios trabajadores de cooperativas de trabajo asociado, **B.O.E.** N. 157, de 2 de julio.

ESPAÑA: LEY 26/1985 de 31 de julio, por el que se aprueba la Ley de medidas urgentes para la racionalización de la estructura y la acción protectora de la Seguridad Social, **B.O.E.** N. 183 de 1 de agosto.

ESPAÑA: REAL DECRETO 1348/1985 de 1 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro Privado, **B.B.O.O.E.** Ns. 185, 186 y 187 de 3, 5 y 6 de agosto.

ESPAÑA: REAL DECRETO 1370/1985 de 1 de agosto, por el que se desarrolla la Ley 13/1985 en relación a los recursos propios de las entidades de depósito, **B.O.E.** N. 190 de 9 de agosto.

ESPAÑA: REAL DECRETO 1371/1985 de 1 de agosto, se regula la consolidación de los estados contables de las entidades de depósito, **B.O.E.** N. 190 de 9 de agosto.

ESPAÑA: LEY 30/1985 de 2 de agosto, del Impuesto sobre el Valor Añadido, **B.O.E.** N. 190, de 9 de septiembre.

COMUNIDAD AUTONOMA VALENCIANA: LEY 11/1985 de 25 de octubre, sobre cooperativas de la Comunidad Valenciana, **B.O.C.V.** N. 54, de 4 de marzo de 1986.

ESPAÑA: REAL DECRETO 2028/1985 de 30 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento sobre el Impuesto sobre el Valor Añadido, **B.O.E.** N. 261, de 24 de diciembre.

ESPAÑA: REAL DECRETO 2615/1985 de 4 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento para las Entidades de Previsión Social, **B.O.E.** N. 13 de 15 de enero de 1986.

COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY 29/1985 de 27 de diciembre, por la que se modifica la disposición transitoria segunda de la Ley 4/1983, de 9 de marzo, de cooperativas de Cataluña, **B.O.E.** N. 57, de 7 de marzo de 1986, y **D.O.G.C.** N. 633, de 8 de enero.

ESPAÑA: LEY ORGANICA 3/1986 de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública, **B.O.E.** N. 102, de 29 de abril.

ESPAÑA: LEY 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, **B.O.E.** N. 102, de 29 de abril.

ESPAÑA: REAL DECRETO 1255/1986 de 6 de junio, por el que se modifica la Ley 33/1984 de Ordenación del Seguro Privado para adaptarla a los compromisos derivados del Tratado de Adhesión de España a la Comunidad Económica Europea, **B.O.E.** N. 153, de 27 de junio.



- COMUNIDAD DE MADRID: LEY 4/1986 de 12 de junio, por la que se modifica la Ley de 16 de mayo de 1985, de Creación del Consorcio Regional de Transportes Públicos de Madrid, **B.O.C.A.M.** N. 149, de 25 de junio.
- UNION EUROPEA: REGLAMENTO 2137/85/CEE DEL CONSEJO de 25 de julio, relativo a la Constitución de las Agrupaciones Europeas de Interés Económico (AEIE), **D.O.C.E.** N. L.199/1-11, del 31 de julio.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 2021/1986 de 22 de agosto, por el que se adapta el Reglamento de Ordenación del Seguro Privado de 1 de agosto de 1985 a los compromisos derivados del Tratado de Adhesión de España a la Comunidad Económica Europea, **B.O.E.** N. 253, de 1 de octubre.
- ESPAÑA: ORDEN de 9 de abril de 1987, por la que se desarrolla el Reglamento de Entidades de Previsión Social, **B.O.E.** N. 95, de 21 de abril.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 521/1987 de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento General sobre estructura organización y funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD, **B.O.E.** N. 91, de 16 de abril.
- ESPAÑA: LEY 3/1987 de 2 de Abril de 1987, General de Cooperativas, **B.O.E.**, N. 84, del 8 de abril.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1536/1987 de 6 de noviembre, por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma del País Vasco las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 299, de 15 de diciembre.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1612/1987 de 27 de noviembre, por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma Valenciana las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 312, de 30 de diciembre.
- ESPAÑA: LEY 24/1988 de 28 de julio, del Mercado de Valores, **B.O.E.** N. 181, de 29 de julio.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1390/1988 de 18 de noviembre, por el que se modifican las cuantías mínimas de los capitales sociales y fondos mutuales previstos en el artículo 10 de la Ley 33/1984, **B.O.E.** N. 281, de 23 de noviembre.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 225/1989 de 3 de marzo, sobre las condiciones de incorporación al Sistema de Seguridad Social de los socios trabajadores de cooperativas de trabajo asociado, **B.O.E.** N. 57, de 8 de marzo.
- ESPAÑA: LEY 13/1989 de 26 de mayo, de cooperativas de crédito, **B.O.E.** N. 129, de 31 de mayo.
- COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA: LEY FORAL 12/1989 de 3 de julio, de cooperativas de Navarra, **B.O.N.** Ns. 84 y 85, de 7 y 10 de julio.
- ESPAÑA: LEY 16/1989 de 17 de julio, de represión de prácticas restrictivas de la competencia, **B.O.E.** N. 170, de 18 de julio.
- ESPAÑA: LEY 19/1989 de 25 de julio, de regulación parcial y adaptación de la Legislación Mercantil a la Directiva de la CEE en materia de sociedades, **B.O.E.** N. 178, de 27 de julio.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1079/1989 de 1 de septiembre, por el que se actualiza el régimen jurídico de las Entidades de Previsión Social, **B.O.E.** N. 214, de 7 de septiembre.

- ESPAÑA: REAL DECRETO-LEY 1564/1989 de 22 de diciembre, por el que se aprueba el Régimen Jurídico de la Ley de Sociedades Anónimas, **B.O.E.** N. 30, de 27 de diciembre.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1597/1989 de 22 de diciembre, Texto Refundido de la Ley de Sociedades Anónimas, **B.O.E.** N. 310, de 27 de diciembre.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 571/1990 de 27 de abril, sobre la estructura periférica de la gestión del Instituto Nacional de la Salud, **B.O.E.** N. 112, de 10 de mayo.
- ESPAÑA: LEY 4/1990 de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para 1990, **B.O.E.** N. 156 de 30 de junio.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1175/1990 de 28 de septiembre, sobre tarifas e instrucción del Impuesto sobre Actividades Económicas, **B.O.E.** N. 234, de 29 de septiembre.
- ESPAÑA: LEY 20/1990 de 19 de diciembre, sobre el Régimen Fiscal de Cooperativas, **B.O.E.** N. 304 de 20 de diciembre.
- ESPAÑA: LEY 25/1990 de 20 de diciembre, del Medicamento, **B.O.E.** N. 153, de 22 de diciembre.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1643/1990 de 20 de diciembre, por el que se aprueba el Plan General de Contabilidad, **B.O.E.** N. 310, de 27 de diciembre.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1679/1990 de 28 de diciembre, por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma de Galicia las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 313, de 31 de diciembre.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1680/1990 de 28 de diciembre, por el que se traspasan a la Comunidad Foral de Navarra las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 313, de 31 de diciembre.
- ESPAÑA: LEY 12/1991 de 29 de abril, sobre Agrupaciones de Interés Económico (A.I.E.), **B.O.E.** N. 103, de 30 de abril.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 987/1991 de 21 de junio, sobre la estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo, **B.O.E.** N. 170, de 16 de julio.
- COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY 13/1991 de 1 de julio, de reforma de la Ley de Cooperativas de Cataluña, **B.O.E.** N. 188, de 7 de agosto, y **D.O.G.C.** N. 1469 de 19 de julio.
- ESPAÑA: LEY 29/1991 de 16 de diciembre, de adecuación de determinados conceptos impositivos a las Directivas y Reglamentos de las Comunidades Europeas, por la que se deroga la normativa anterior sobre tratamiento fiscal de fusiones de empresas, **B.O.E.** N. 301, de 17 de diciembre.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1815/1991 de 20 de diciembre, por el que se aprueban las normas para la formulación de cuentas anuales consolidadas, **B.O.E.** N. 310, de 27 de diciembre.
- COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: DECRETO LEGISLATIVO 1/1992 de 10 de febrero, por el que se refunden las Leyes de cooperativas de Cataluña, 4/1983, de 9 de marzo, y la LEY 13/1991 de 1 de julio, **D.O.G.C.** N. 1563 de 2 de marzo.
- UNION EUROPEA: SEPTIMA DIRECTIVA DEL CONSEJO de 13 de junio de 1983, basada en la letra g del apartado 3 del art. 54 del tratado, relativa a las cuentas consolidadas (83/349/CEE), **D.O.C.E.** N. L.193/1, de 18 de julio de 1983.

- ESPAÑA: REAL DECRETO 1345/1992 de 6 de noviembre, para la adaptación de las disposiciones que regulan la tributación sobre el beneficio consolidado de los grupos de sociedades cooperativas, **B.O.E.** N. 292 de 5 de diciembre.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1560/1992 de 18 de diciembre, Por el que aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE), **B.O.E.** N. 306, de 22 de diciembre.
- ESPAÑA: LEY ORGANICA 9/1992 de 23 de diciembre, por la que se incrementan las competencias de determinadas Comunidades Autónomas, **B.O.E.** N. 308, de 24 de diciembre.
- ESPAÑA: LEY 37/1992 de 28 de diciembre, del Impuesto sobre el Valor Añadido, **B.O.E.** N. 312, de 29 de diciembre.
- COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO: LEY 4/1993 de 24 de junio, sobre cooperativas en el País Vasco, **B.O.P.V.** N. 135, de 19 de julio.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1624/1992 de 29 de diciembre, por el que aprueba el Reglamento del Impuesto sobre el Valor Añadido, **B.O.E.** N. 314, de 31 de diciembre.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 84/1993 de 22 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley 13/1989, de 26 de mayo, de Cooperativas de Crédito, **B.O.E.** N. 43, del 19 de febrero de 1993.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 347/1993 de 5 de marzo, sobre la estructura periférica de la gestión del Instituto Nacional de la Salud, **B.O.E.** N. 77, de 31 de marzo.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 19348/1993 de 24 de marzo, sobre la organización de los servicios territoriales del Ministerio de Sanidad y Consumo, **B.O.E.** N. 71, de 24 de marzo.
- COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: DECRETO 176/1993 de 13 de julio, sobre las cooperativas sanitarias de segundo grado y aprobación de su Reglamento, **D.O.G.C.** N. 1776, de 28 de julio.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1/1993 de 24 de septiembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, **B.O.E.** N. 251, de 20 de octubre.
- COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA: LEY 14/1993 de 25 de noviembre, de modificación del Decreto Legislativo 1/1992, **B.O.E.** N.311, de 29 de diciembre, y **D.O.G.C.** N. 1829, de 3 de diciembre.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 446/1994 de 11 de marzo, por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma Canaria las funciones y servicios de Seguridad Social correspondientes al INSALUD, **B.O.E.** N. 85, de 9 de abril.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1/1994 de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social, **B.O.E.** N. 146, de 18 de junio.
- COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA: LEY FORAL 9/1994 de 21 de junio, reguladora del régimen fiscal de las cooperativas, **B.O.E.** N. 209, 1 de septiembre.
- ESPAÑA: REAL DECRETO 1415/1994 de 25 de junio, de modificación de la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, **B.O.E.** N. 156, de 28 de junio.
- ESPAÑA: LEY 41/1994 de 30 de diciembre, por la que se aprueban los Presupuestos Generales del Estado para 1995, **B.O.E.** N. 313, de 31 de diciembre.



COMUNIDAD AUTONOMA VALENCIANA: LEY 3/1995 de 2 de marzo, de cooperativas de la Comunidad Valenciana, **B.O.E.** N. 101, de 28 de abril.

ESPAÑA: LEY 30/1995 de 8 de noviembre, sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, **B.O.E.** N. 268 de 9 de noviembre.

ESPAÑA: LEY 43/1995 de 27 de diciembre, por la que se aprueba el Impuesto sobre Sociedades, **B.O.E.** N. 310, de 28 de diciembre.

ESPAÑA: RESOLUCION de 26 de febrero de 1996, de la Dirección General de Seguros por la que se produce la adecuación de determinados ramos del seguro a la clasificación establecida por la Ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, **B.O.E.** N. 106, de 2 de mayo.